

W0
500
P934c
1920

WO 500 P934c 1920

46631370R



NLM 05239032 1

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE

SURGEON GENERAL'S OFFICE
LIBRARY

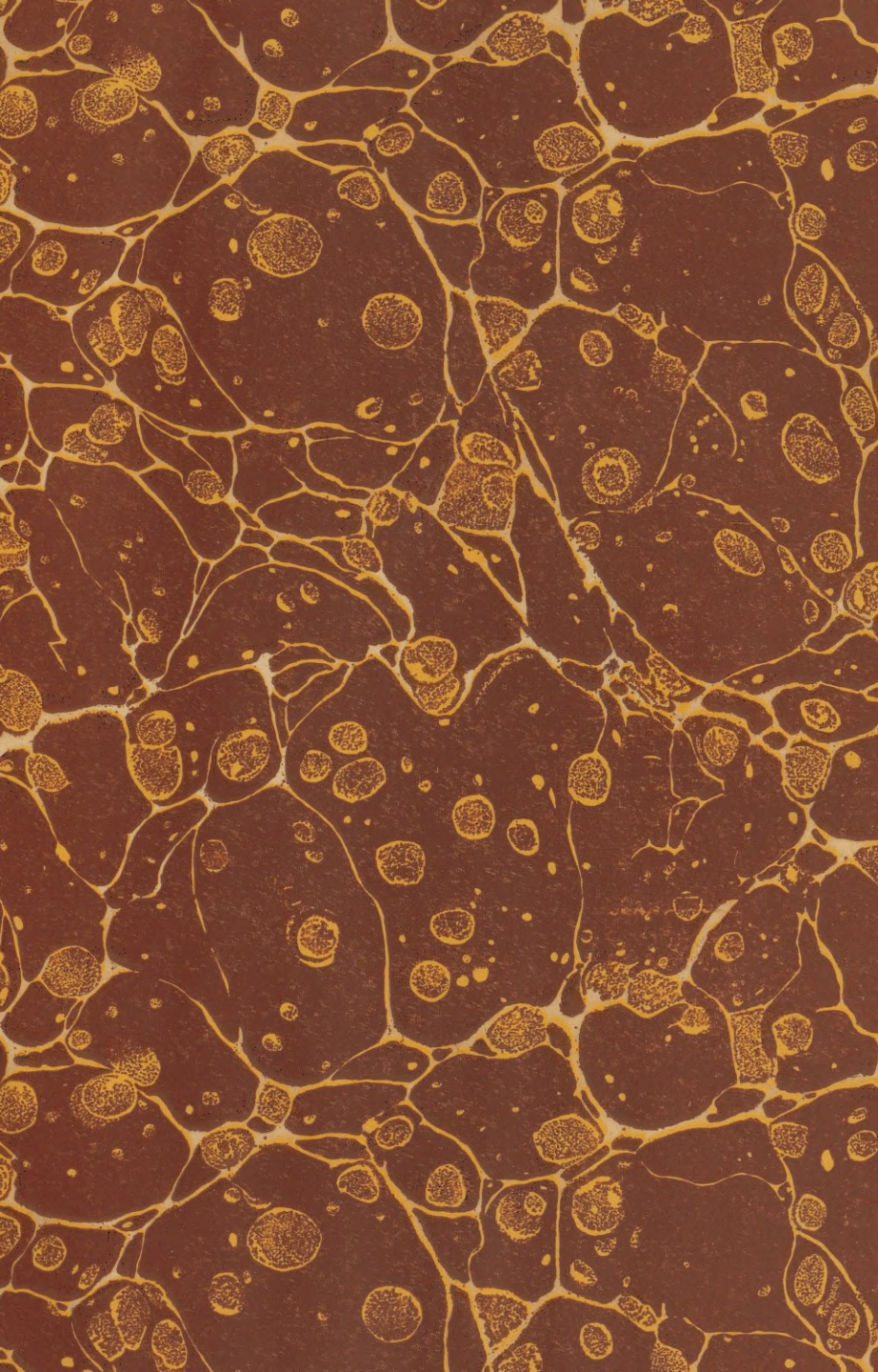
Section _____

Form 113c
W.D.,S.G.O.

No. _____

Chin Surg
263666

GOVERNMENT PRINTING OFFICE



104624
war

0
78

CLINICA QUIRURGICA Y TECNICA OPERATORIA —

CLÍNICA QUIRÚRGICA

Y

TÉCNICA OPERATORIA

POR EL

DR. J. A. PRESNO Y BASTIONY

Premio extraordinario del grado de Licenciado, del grado de Doctor,
Ayudante Disector, Ayudante Facultativo, Catedrático de Anatomía,
de la Facultad de Medicina de la Habana por oposición.
Secretario del 1er. Congreso Médico Nacional, Presidente de
la Sección de Cirugía del III, Vice-Presidente del IV,
Presidente del V, Vice-Presidente de la Academia
de Ciencias Médicas, Presidente de la Sociedad
de Estudios Clínicos. Cirujano de la Clínica
Covadonga. Director Fundador de la
Revista de Medicina y Cirugía
de la Habana.

CON 62 GRABADOS

HABANA

IMPRENTA "EL SIGLO XX"

TENIENTE REY 27

1920



Amey

vvc

500

P934c

1520

A MI ESPOSA.

A MI HIJO.

PREFACIO

Es labor provechosa y que inspira en la actualidad una intensa producción científica, la frecuente publicación de trabajos coleccionados en los grandes centros quirúrgicos, para difundir más allá del hospital o de la cátedra las enseñanzas que proporciona una documentación clínica considerable.

Basta mencionar, en prueba de ello, los *Travaux* y los *Annales* de las clínicas de Hartmann, de Delbet y de Legueu, destinados a dar publicidad a sus observaciones personales y a las de sus discípulos; los *Collected Papers* de la clínica de Rochester, de los hermanos Mayo y de sus colaboradores; las *Surgical Clinics of Chicago*, y las que no hace mucho publicó hasta su muerte el ilustre John B. Murphy; los trabajos clínicos y de investigación científica consignados en *L'Ambulance de l'Océan*, en La Panne, Bélgica, por el Profesor Depage y sus colaboradores; los *Anales* de las Facultades de Medicina y de las cátedras de clínica, publicados por disposición reglamentaria, que entre nosotros debiera implantarse, por los Profesores de distintas Universidades de España y de Sud América, para exteriorizar su experiencia y su labor docente.

A idéntico fin—guardando las debidas propor-

ciones—van encaminadas estas páginas, reflejo de nuestra práctica personal, que ofrecemos a la consideración de nuestros discípulos y de nuestros jóvenes compañeros.

Estimamos de interés los trabajos que a continuación aparecen: unos por su importancia clínica, otros por su novedad, porque tratan de asuntos que no figuran todavía sino en la prensa científica, o por referir algún detalle de técnica personal. Todos han sido comunicados a nuestras Sociedades Científicas y publicados en la *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, que fundamos hace algunos años, y casi todos han sido reproducidos por la prensa médica extranjera (1), según hemos visto en los escasos canjes que han llegado a nuestras manos du-

(1) Pseudo mixoma del peritoneo de origen apendicular; Extirpación total de un quiste hidatídico del hígado; De la pielotomía en el tratamiento de la litiasis renal; Indicación operatoria en la litiasis bilateral urétero-renal; Técnica de la fijación del cuello después de histerectomía abdominal en ciertos prolapsos genitales completos, en *The Journal of the American Medical Association*.

Doble operación cesárea por pelvis oblicua coxálgica, en *The Journal of the Am. Med. Ass.*, y en *The American Journal of Obstetrics*.

Resultados lejanos de intervenciones sobre las vías biliares, en *The Journal of the Am. Med. Ass.*, y en *Surgery, Gynecology and Obstetrics*.

Micosis pulmonar y ótica. Trepanación de un absceso intracraneal micótico consecutivo, en la *Revue de Thérapeutique Medico-Chirurgicale*, de París.

Tratamiento de los abscesos del hígado por la operación y las inyecciones de emetina, en el *Siglo Médico*, de Madrid; Perforación aguda de la úlcera gástrica, en *Medicina y Libros*, de Madrid y en la *Revista Filipina de Medicina y Cirugía*, de Manila.

Indicación operatoria en la litiasis bilateral urétero-renal, en la *Medicina Ibero* y en el *Siglo Médico*, de Madrid; en la *Presse Médicale*, de París y en la *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología*, de Buenos Aires.

rante el período de la guerra europea, al que corresponde la aparición de los trabajos aquí reunidos.

Al final del libro, y a solicitud de los alumnos de Anatomía Topográfica y Operaciones, en cuya enseñanza hemos tenido el honor de sustituir interinamente a nuestro eminente Maestro, modelo de Profesores por su celo y por su competencia, el Dr. Francisco Domínguez, se inserta un resumen de las lecciones profesadas en cátedra sobre un capítulo de Técnica quirúrgica, no divulgado en las obras clásicas.

Que este trabajo sea útil a nuestros queridos discípulos, es la única recompensa que anhelamos.

INDICE DE MATERIAS

HIGADO Y VIAS BILIARES

PÁGS.

Resultados obtenidos en el tratamiento de los abscesos tropicales del hígado por la operación y las inyecciones de emetina.	11
Nueva incisión para las operaciones sobre las vías biliares...	31
Extirpación total de un quiste hidatídico del hígado.....	65
Resultados lejanos de intervenciones sobre las vías biliares....	73

PANCREAS

Sobre la pancreatitis crónica de origen biliar.....	87
---	----

TUBO DIGESTIVO

La perforación aguda de la úlcera gástrica.....	115
Pseudo-mixoma o enfermedad gelatinosa del peritoneo, de origen apendicular.....	123

VIAS URINARIAS

De la pielotomía en el tratamiento de la litiasis renal.....	131
Indicaciones operatorias en la litiasis bilateral urétero-renal...	141

GINECOLOGIA

Histerectomía abdominal e infección puerperal.....	157
Fibro-sarcoma del ovario en una niña de diez años.....	163
Doble operación cesárea por pelvis oblicua coxálgica.....	167
Técnica de la fijación del cuello después de histerectomía abdominal en ciertos prolapsos genitales completos.....	179

CABEZA Y EXTREMIDADES

Micosis pulmonar y ótica. Trepanación de un absceso intracraneal micósico consecutivo.....	193
Extirpación de un aneurisma axilar.....	209
Vías de acceso a los vasos y paquetes vásculo-nerviosos profundos.....	217

RESULTADOS OBTENIDOS

EN EL TRATAMIENTO DE LOS ABSCEOS TROPICALES DEL HIGADO POR LA OPERACION Y LAS INYECCIONES DE EMETINA (1)

Desde que en Diciembre de 1912 Leonard Rogers (de Calcuta) dió a conocer los resultados que había obtenido en la India inglesa en el tratamiento de la disentería amebiana y del absceso amebico del hígado, con un alcaloide de la ipeca, la emetina, cuya acción amebicida había sido señalada desde 1911 por Vedder, se han sucedido las observaciones sobre el empleo de la emetina contra las localizaciones intestinal o hepática, disentería o absceso hepático, del *entamoeba disenteriae* o *entamoeba hystolitica*, de Schaudinn.

Se ha preconizado sobre todo el clorhidrato de emetina, que es el más soluble, a la dosis de cuatro a diez centigramos por día, disuelto en agua o suero artificial; se inyecta la solución hipodérmicamente y en la misma cavidad del absceso, como recomienda Rogers y como lo hemos hecho nosotros.

(1) La denominación de tropicales (amebicos), aplicada a estos abscesos, excluye las demás causas de supuración del hígado: traumatismo, fiebre tifoidea, apendicitis, angiocolitis, etc., a las que no se refiere este trabajo.

Así como en los casos de disentería se ha señalado la acción rápida de la emetina, modificando desde las primeras horas después de su administración los dolores abdominales y el tenesmo, disminuyendo el número de deposiciones y desapareciendo su aspecto gleroso o sanguinolento, así también en el absceso hepático se observa después de su empleo la disminución de la temperatura y de los dolores, si el absceso se encuentra en el período de necrosis; y la disminución de la secreción purulenta, si en el período de supuración.

Ahora bien, la acción de la emetina sobre el absceso hepático difiere notablemente según el período anátomo-patológico de la hepatitis, en el cual se la emplee; lo que explica los resultados variables señalados por los observadores.

En el período de congestión hepática, la acción de la emetina es poderosa y rápida; pero si el tejido glandular se halla en estado de necrosis, entonces la emetina no impide siempre la evolución de la hepatitis. En el tercer período, o supurativo, de colección en foco, y a este período pertenecen nuestros casos, la emetina modifica el cuadro clínico: hace bajar la fiebre y disminuir los dolores, cambia el aspecto del pus que pierde su color achocolatado y adquiere un tinte grisáceo como el del pus vulgar; en una palabra, transforma según la expresión de Dopter (1) “el absceso *vivo* en un absceso muerto”; pero la emetina es incapaz de producir la desaparición del pus, de

(1) DOPTEP.—Dysenterie amibienne et abces tropical du foie. *Paris médical*, 1º Agosto, 1914, pág. 209.

modo que en este caso sólo es un adyuvante de la operación.

Ya las observaciones de Dopter y Pauron (1), así lo habían demostrado. Se trataba de dos enfermos de hepatitis supurada, que habían sido únicamente tratados desde el principio por la emetina; con el empleo de ésta, los dolores cesaron, la fiebre decreció, pero el absceso persistía y la curación se obtuvo rápidamente, después de la punción en un caso, y de la evacuación espontánea por vómica, en el otro.

Rogers (2) aconseja puncionar simplemente el absceso hepático, aspirar el pus e inyectar en la cavidad de treinta a cuarenta centímetros cúbicos de agua con seis, ocho o diez centigramos de emetina. Pretende que este procedimiento es superior a la incisión del absceso, que va “casi siempre seguida de una supuración interminable”. En el mismo número del *Indian Medical Gazette*, ya citado, en el que aparece el trabajo de Rogers, Thurston refiere una serie de casos de absceso hepático, abogando en favor de la aspiración recomendada por Rogers y de la administración de emetina por vía subcutánea. Sobre 32 casos tratados por la emetina, 27 fueron aspirados (20 curaciones y 7 muertos), 2 fueron aspirados y drenados (1 curación, 1 muerto), 3 fueron incindidos y drenados (3 curaciones).

Verdad es que muchos casos (16) necesitaron

(1) DOPTER.—*Loc. cit.*

(2) ROGERS.—L'emetine et les autres traitements dans la dysenterie, l'hépatite et les abcès du foie. *The Indian Medical Gazette*, Marzo, 1914 y *Journal de Chirurgie*, núm. 3, Mayo, 1914.

dos aspiraciones, 10 casos tres, y una vez cuatro aspiraciones sucesivas.

Creemos imprudente el consejo de Rogers y debe preferirse siempre la incisión inmediata del hígado, previa sutura parieto-hepática, la hepatostomía en una palabra, por vía transpleural y transdiafragmática, o abdominal, según la situación del absceso, seguida de la limpieza minuciosa, del drenaje de la cavidad y de la administración de la emetina. Así lo hemos hecho en todos los casos. La punción de una víscera, como el hígado, al través de las paredes torácica o abdominal, es un procedimiento ciego, que debe rechazarse por antiquirúrgico.

Además, limpiamos siempre escrupulosamente la cavidad del absceso hasta agotar el pus, no limitándonos a evacuar la colección, como hacen algunos, porque esta limpieza minuciosa contribuye a abreviar la reparación del absceso.

En los casos de absceso hepático abierto en los bronquios, la emetina ha producido la curación rápida del absceso, cuyo drenaje, aunque imperfecto, se realizaba. Chauffard ha referido a la Academia de Medicina de París (25 de Febrero, 1913), una observación de absceso hepático abierto en los bronquios hacía cinco meses y curado en cinco días por inyecciones subcutáneas de emetina.

OBSERVACIONES

Observación 1.^a—Antonio G. T., de treinta y cinco años de edad, natural de Asturias.

Antecedentes: tiene hábitos alcohólicos y ha sufrido hace nueve meses trastornos intestinales, al pa-

recer disentéricos. A fines de Mayo de 1913, experimenta dolores en el hipocondrio derecho, fiebre de tipo intermitente, pérdida del apetito y enflaquecimiento. Estos síntomas van progresando y al fin ingresa el enfermo en el Hospital Covadonga, el 18 de Julio, en condiciones deplorables.

Estado actual: hígado enorme, apreciándose una gran tumoración que levanta el reborde costal derecho y la pared abdominal, muy doloroso a la presión y percusión; los últimos espacios intercostales han desaparecido; edema de la pared abdominal y de las extremidades inferiores. Fiebre continua con exacerbación vespertina.

El examen de la orina revela una hipoazoturia grande.

El diagnóstico de gran absceso del hígado, no ofrece dudas.

Operación inmediata por laparotomía: Incisión en la pared abdominal sobre el relieve culminante del tumor, paralela al reborde costal derecho. Fijado el hígado a la serosa parietal por una corona de suturas, se hace la hepatostomía, que da salida a gran cantidad de pus, de tres a cuatro litros. Limpieza minuciosa de la gran cavidad hepática y drenaje con tubos y gasa. El examen del pus practicado en el Laboratorio por el Dr. Recio, revela la existencia de una gran cantidad de amebas.

Se le inyectan en seguida hipodérmicamente cuatro centigramos de clorhidrato de emetina, y desde la siguiente cura se inyectan diariamente en la cavidad del absceso cuatro centigramos de emetina y seis centigramos por vía hipodérmica, durante una sema-

na. En el examen del pus del absceso, recogido en la segunda cura, se encuentran las amebas muertas. Después no se encuentran más, ni aun frotando las paredes del absceso.

El estado general del enfermo parece mejorar; la curva febril desciende, la supuración disminuye, pero no desaparece. A los diez días se hace un nuevo examen de la secreción purulenta: no hay amebas. Después la supuración disminuye y se transforma en una serosidad teñida por bilis, pero la cavidad del absceso queda aún muy grande; el enfermo se va agotando visiblemente, su tinte es terroso, el adelgazamiento considerable; la prueba de la glicosuria alimenticia provocada, fué positiva, y al fin muere por insuficiencia hepática el 28 de Septiembre, dos meses después de operado.

Observación 2.^a—Rogelio G., de Asturias, veintiseis años, del comercio. Ha tenido hace dos meses una infección intestinal febril, de veinte días de duración. Ingresa en la Covadonga, con un estado general malo: enflaquecimiento pronunciado; fiebre vespertina, hígado aumentado de volumen, doloroso a la presión y percusión; dolor al nivel del hombro derecho.

Operación el 25 de Diciembre de 1913. Hepatostomía por vía transpleural y transdiafragmática con resección de una costilla. Encontramos un absceso de la cara convexa del hígado. El pus, más de un litro, contenía amebas, que desaparecieron después de las primeras inyecciones. Fueron practicadas ocho inyecciones, de cuatro centigramos de emetina cada una. Alta, curado, el 19 de Febrero de 1914.

Tanto en este caso, como en los dos que siguen, hay que tener en cuenta que los operados pertenecen a un hospital privado y que no se marchan hasta encontrarse completamente restablecidos y aptos para trabajar.

Observación 3.^a—Pascual Y, de treinta y nueve años, natural de Cataluña. Fué operado en Santiago de Cuba, de un absceso hepático del lóbulo derecho, que dió salida, según el enfermo, como a un litro de pus.

Seis meses más tarde comenzó a sentir una neuralgia del frénico derecho, tan intensa, que tenía necesidad de acudir a la morfina para calmarla. Viene a la Habana e ingresa en nuestra sala de cirugía de Covadonga. Presentaba al examen radioscópico una sombra por encima del diafragma, que hizo sospechar una colección mayor que la que en realidad tenía.

Además del dolor supra-clavicular y de la fiebre vespertina, no todos los días, el enfermo tiene tos a veces intensa y expectoración sanguinolenta y purulenta, que hacen pensar en un nuevo foco de supuración intrahepática, incompletamente abierto en los bronquios. El examen del esputo fué negativo.

Operación el 25 de Febrero de 1914. Hepatosomía transpleuro-diafragmática al nivel de la cicatriz antigua y en el sitio en que había sido resecada la costilla. Se cae sobre una pequeña cavidad, cuyo pus examinado no dió amebas.

A pesar de este examen negativo se le inyecta emetina, siete inyecciones, y con rapidez extraordinaria se cura el enfermo. Desaparecen el dolor, la tos

y la expectoración y sale de alta curado, el 22 de Abril de 1914.

Todavía en Septiembre de este año vuelve este sujeto a tener dolor en el costado derecho y expectoración sospechosa. Cinco inyecciones hipodérmicas de cuatro centigramos de emetina cada una, hacen desaparecer todos los síntomas, hasta la fecha.

Observación 4.^a—Juan S., de Asturias, treinta años, acaba de llegar de Méjico, en donde, según refiere, padeció de trastornos gástricos, pero no de disentería, ni de colitis. Se encuentra demacrado, con edema de las extremidades inferiores, fiebre con exacerbación vespertina. Hígado aumentado de volumen, doloroso, con tumoración al nivel del hipocondrio derecho, espacios intercostales desaparecidos en esta región, edema de la pared.

Operación el 28 de Marzo de 1914, en el Hospital Covadonga. Hepatostomía transpleural y transdiafragmática, con resección costal; evacuación de unos dos litros de pus rojizo. El examen de éste, practicado en el Laboratorio, revela la existencia de amebas.

El mismo día de la operación se le inyectan cuatro centigramos de emetina y diariamente se aplica la misma dosis, hasta el noveno día. El estado del enfermo mejora rápidamente; aumenta de peso; desaparece la fiebre; disminuye el pus, día por día, y no se encuentran más amebas. Alta el 28 de Mayo de 1914.

Observación 5.^a—Facundo M., cubano, de treinta y cinco años, campesino, de San Juan y Martínez. Hace cinco años tuvo “pujos de sangre”, de los cuales fué asistido en el sanatorio Covadonga. Poste-

riormente, hará unos dos años, estuvo en la Clínica con el mismo padecimiento, durante un mes.

La enfermedad actual data de seis meses. Comenzó por dolor en el epigastrio, que se extendía hasta el hueco supra-clavicular, acompañado de gran quebrantamiento general y fiebres que duraron por espacio de diez y seis días. Después, casi siempre ha estado apirético y el síntoma más penoso ha sido constantemente una neuralgia del frénico derecho, tan intolerable, que ha necesitado muchas veces, según el enfermo, inyecciones de morfina. Al ingresar en la sala, solicitando que se le operase, para poner fin a sus sufrimientos, su absceso hepático se abría en los bronquios y evacuaba por pequeñas vómitas una expectoración purulenta, de color achocolatado, característica de los grandes abscesos del hígado. En este exudado se encontraron amebas.

Se operó el día 14 de Septiembre. Hepatostomía transpleuro-diafragmática, por resección costal, con fijación previa, por suturas, del hígado, peritoneo, diafragma y pleura, a la pared costal. Extracción de más de dos litros de pus achocolatado. La cavidad intra-hepática es enorme. Recogido el pus del absceso, con las debidas precauciones para impedir toda contaminación secundaria, se encontró en él, únicamente, gran cantidad de amebas muertas. Ya desde cuatro días anteriores a la operación, al encontrarse amebas en los esputos, se le inyectaban al enfermo cuatro centígramos diarios de clorhidrato de emetina. Todavía después de la operación le inyectamos en la cavidad del absceso hepático e hipodérmicamente, cuatro centígramos de emetina du-

rante cuatro días. En la secreción recogida en las primeras curas, no se encontraron ya amebas.

Observación 6.^a—I. C., cubano, de treinta y seis años, de edad, almacenista de tabaco. En Agosto de 1914 tuvo una colitis intensa, con deposiciones muco-sanguinolentas abundantes, que le produjeron una pérdida considerable de peso: de 180 libras que tenía, llegó a pesar 120. Mejoró notablemente con el tratamiento que le fué impuesto por un compañero, llegando a aumentar 20 libras de peso. En el mes de Noviembre, habiendo recaído, nos consultó; le hicimos examinar sus heces fecales, encontrándose en ellas amebas. Pronto desaparecieron éstas, después de haberle inyectado durante seis días cuatro centígramos de emetina. Desaparecieron los síntomas de la colitis y el enfermo se creyó curado.

El 12 de Febrero de este año, se sintió enfermo con escalofríos, seguidos de fiebres de 39° y 40° y dolor y opresión en el hipocondrio derecho. Asistido por el Dr. Rensoli, somos llamados por este compañero para ver en consulta al enfermo, el 22 de Marzo.

Ofrecía ya los síntomas característicos de un absceso hepático de evolución abdominal y que operamos en nuestra clínica de Covadonga, dos días después, el 24 de Marzo.

Practicamos la hepatostomía: fijación del hígado a los bordes de la incisión abdominal e incisión del absceso. En el pus achocolatado, característico del absceso hepático, había gran cantidad de amebas que desaparecieron prontamente desde las primeras inyecciones de emetina. Le aplicamos dos series de

cuatro centigramos de emetina durante seis días, separadas estas dos series por una semana de descanso.

En resumen, se trata en este caso de un enfermo en el cual, a pesar de un tratamiento por la emetina que curó su colitis, tres meses después ha aparecido un absceso hepático, por lo demás curado rápidamente por la hepatostomía y el clorhidrato de emetina.

A estas observaciones, que fueron comunicadas al Tercer Congreso Médico Nacional, de 1914, añadimos ahora las siguientes, que extractamos para no incurrir en repeticiones:

Observación 7.^a—Víctor D., natural de Segovia, de treinta y nueve años, industrial. Historia anterior de trastornos gastro-intestinales diagnosticados, según el enfermo, de dispepsia. Gran absceso hepático de dos meses de evolución, con dolores agudísimos en el hipocondrio derecho y neuralgia intensa del frénico. Incisión transpleuro-diafragmática con resección de dos costillas, el 5 de Noviembre de 1915. Amebas en cantidad abundante, en el pus achocolatado del absceso. Inyección diaria de cuatro centigramos de clorhidrato de emetina, por vía hipodérmica, durante ocho días y en los tres primeros días cuatro centigramos en la cavidad del absceso. Curación rápida.

Observación 8.^a—Antonio A., de España, de cuarenta años, del comercio. Antecedentes de colitis no tratada específicamente, hace dos años. Absceso amebico del lóbulo derecho. Operado el 20 de Mayo de 1916, en Covadonga. Hepatostomía con resec-

ción costal. Inyección de cuatro centígramos de emetina durante diez días. Nueva serie de seis inyecciones después de varios días de descanso.

Observación 9.^a—Braulio J., de cincuenta y nueve años, de Asturias. Sin antecedentes de amebiasis intestinal. Absceso amébico de evolución abdominal. Hepatostomía por laparotomía, el 3 de Julio de 1916. Emetina por vía hipodérmica y en la cavidad del absceso, a la dosis habitual de cuatro centígramos.

Observación 10.^a—Enrique F., cubano, de treinta y dos años, tabaquero. Antecedentes de colitis disintérica. Absceso hepático de evolución torácica. Gran cantidad de amebas. Inyecciones de emetina. Operado el 18 de Septiembre de 1916. Nueva serie de inyecciones, después de descanso de una semana.

Observación 11.^a—José V., de Asturias, de treinta y cuatro años. Operación: 27 de Diciembre de 1916. Absceso amébico de evolución torácica. Después de una serie de seis inyecciones de emetina de cuatro centígramos, disminuye la supuración lentamente y aún había amebas; curación rápida después de dos nuevas series de ocho inyecciones.

Observación 12.^a—Ramón C., de Asturias, de cuarenta y un años. Hace meses, trastornos intestinales, colitis, según el enfermo. Absceso amébico de evolución abdominal. Laparotomía el 15 de Agosto de 1917. Curación rapidísima después de la quinta inyección de emetina. Nueva serie, una semana después.

Observación 13.^a—Benigno P., de Cuba, de treinta y seis años. No recuerda haber tenido trastornos

intestinales. Absceso amebico de evolución torácica. Operación el 30 de Junio de 1917. Curación rápida.

Observación 14.^a—Ernesto M., de Asturias, de veintiséis años de edad, del comercio. Antecedentes de colitis disintérica no tratada por emetina, un año antes. Enorme absceso hepático de evolución abdominal. Laparotomía lateral para-hepática el 6 de Abril de 1918. No hay amebas en el pus. Persistiendo la supuración en los días subsiguientes con tanta abundancia como el primer día, se hace un nuevo análisis del pus y tampoco se encuentran amebas. A pesar de todo, inyectamos emetina hipodérmicamente y en la cavidad hepática, y rápidamente disminuye la supuración hasta cesar por completo y curarse el enfermo.

Observación 15.^a—Alvaro C., de España, de cuarenta y ocho años. Antecedentes alcohólicos. Hace un año fué operado de cura radical de hernia inguinal. Después, colitis disintérica. En la actualidad pequeño absceso amebico de evolución torácica, operado el 25 de Mayo de 1918. Inyecciones de emetina durante ocho días, repetidas después durante seis días con una semana de reposo.

En casi todos los casos, el examen radioscópico y la hiperleucocitosis acentuada, sobre todo de los polinucleares, han confirmado la evolución torácica o abdominal del absceso y la supuración hepática, que la clínica ya había diagnosticado.

Nunca hemos puncionado un absceso hepático, ni como medio diagnóstico ni con un fin terapéutico.

CONSIDERACIONES

Las inyecciones de emetina han sido perfectamente toleradas en todos los casos. No hemos observado náuseas ni ningún otro fenómeno secundario a su empleo, y la rapidez de su acción contra la *ameba hystolitica* que siempre comprobamos, justifica la denominación de “amebicida específico” que le da Rogers.

Así y todo, la emetina tiene sus fracasos; Chauffard ha descrito lo que él llama “emetino resistencia”, esto es, casos muy contados, es cierto, en los que la emetina no ejerce influencia alguna sobre las amebas, persistiendo las manifestaciones clínicas de la amebiasis, a pesar de que las dosis no han sido débiles y que el tratamiento se ha prolongado suficientemente.

Leveque y Bertrand han referido observaciones de estos fracasos reales o absolutos de la emetina.

Tampoco ha evitado las recaídas; Dopter observó en noventa y seis casos tratados, diez recaídas en ocho meses y en una de nuestras observaciones (observación 3ª) ha sucedido lo mismo; ni ha impedido a veces la infección del hígado aun cuando había curado la colitis améfica, como en la observación 6ª.

Muchos de estos fracasos se han explicado por la insuficiencia de las dosis administradas de emetina, pero sobre todo son debidos a que la emetina cuya acción sobre la ameba es tan enérgica, actúa en cambio muy débilmente sobre sus formas enquis-

tadas. (1) De donde, la necesidad de prolongar la administración del alcaloide aun después de comprobada la desaparición de las amebas, para destruir los quistes y prevenir las complicaciones viscerales, la hepatitis sobre todo, entre nosotros. Esto es lo que llama Chauffard administrar el alcaloide por *curas sucesivas*. Estas *curas sucesivas e interrumpidas* por intervalos de reposo, prevendrán las recaídas y provocando artificialmente la conversión de los quistes en amebas activas por transgresiones dietéticas, alteraciones en el régimen, etc., la emetina concluirá por destruir todos los parásitos.

Se había creído al principio que la emetina era inofensiva y que sólo actuaba sobre la ameba y sobre las lesiones provocadas directamente por el parásito. Personalmente, nunca hemos observado trastornos consecutivos a su empleo, pero se han señalado casos de intoxicación post-emetínica y esto nos enseña que la inocuidad del alcaloide no es absoluta.

En la *Presse Médicale* de París, número del 15 de Abril de 1914, se extracta una comunicación presentada a la *Société Clinique des Hôpitaux*, de Bruselas, por los Dres. Spehl y Collard, que refieren fenómenos alarmantes sobrevenidos en un caso de di-

(1) Contra estos casos crónicos, cuando se trata sobre todo de desembarazar de sus parásitos a un individuo que tiene en sus deposiciones quistes de *Entameba*, se ha preconizado en 1916, por los médicos ingleses Dale, Low y Dobell, el *yoduro doble de emetina y de bismuto*, obtenido por el químico inglés Du Mey, que administrado *per os* a la dosis de 0 g. 20 por día, durante doce o catorce días, actuaría con mayor eficacia sobre las formas enquistadas del parásito y curaría a la mayor parte de los portadores de quistes. Chauffard no ha obtenido tan brillantes resultados con el yoduro de emetina, y recomienda la misma emetina contra los quistes amebianos.

sentería amebiana en un joven de veintiocho años. después de la administración durante varios días de dosis de seis y nueve centigramos diarios de clorhidrato de emetina.

El enfermo ofrecía una laxitud general, muy marcada en las extremidades superiores e inferiores y sobre todo al nivel del cuello: no podía sostener su cabeza. Experimentaba gran dificultad en tragar y en articular. El corazón latía con rapidez y débilmente. El pulso a 120. La temperatura normal. Los reflejos cutáneos estaban debilitados. Los tendinosos fuertemente disminuídos. La cara edematosa. No había albúmina. Disminución de la urea y cloruros. Después de varios días de tratamiento estimulante, la situación mejora y al fin el enfermo abandonó el hospital, no quejándose más que de un poco de debilidad.

Kilgore, en el *Journal of the American Med. Ass.*, Septiembre 14 de 1916, señala neuritis periféricas consecutivas al tratamiento de la disentería amebica por la emetina. Estas neuritis post-emetínicas se acentúan ordinariamente en las piernas, pero disminuyen gradualmente al cabo de algunas semanas, sin dejar huellas.

Levy y Rowntree (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, Febrero, 1916), señalan también la neuritis periférica como la más frecuente complicación de la administración de la emetina.

En la misma *Presse Medicale*, en 1917, (1) Da-

(1) DALIMIER.—La toxicité du chlorhydrate d'emetine, *Presse médicale*, núm. 4, 18 Janvier, 1917.

limier refiere, además del caso de Spehl y Collard, uno de Lagane, en el que ocho centigramos diarios de emetina en inyección hipodérmica administrada durante catorce días, produjeron hipotensión marcada y debilidad de las contracciones cardíacas. En el caso de Spehl y Collard, un total de 1 gr. 44 en diez y ocho días provocaron los fenómenos de intoxicación. En el de Lagane, un total de 1 gr. 12 en 14 días. Con razón hace notar Dalimier, que se observará atentamente al paciente cuando se llegue a la dosis de 1 gr. en total, que parece ser la dosis *máxima* de seguridad. Entonces se buscarán atentamente los signos precursores de la intoxicación: alteraciones motoras ligeras, alteraciones de la sensibilidad y de la reflectividad; se vigilará atentamente el pulso y la orina.

Estos consejos tienen hoy doble importancia, porque el empleo terapéutico de la emetina se ha extendido. No sólo se utiliza su acción parasitocida en la amebiasis intestinal, simple o complicada, sino también su acción vaso-constrictora pulmonar, intestinal, en las hemoptisis, hematemesis, enterorragias, etcétera.

En resumen: en los casos de amebiasis intestinal hay que hacer varias curas *sucesivas* de emetina para impedir o evitar las recidivas y para prevenir la infección del hígado, el absceso hepático; pero hay que tener cuidado de no pasar de la dosis diaria de cuatro a seis centigramos de alcaloide, interrumpiendo su aplicación después de seis inyecciones, durante una semana, por lo menos.

CONCLUSIONES

1^a La emetina es un amebicida poderoso; según las experiencias de Rogers, la ameba disintérica muere instantáneamente en una solución de emetina al 1 por 10,000. La clínica confirma estas experiencias de laboratorio.

2^a En los primeros períodos de la amebiasis hepática, períodos de congestión y de necrosis, la emetina puede detener la marcha del proceso e impedir, aunque no siempre, la formación del absceso.

3^a El tratamiento por la emetina del absceso hepático debe comenzarse, por lo tanto, lo más precozmente posible, antes de la fase de supuración.

4^a Si la colección purulenta se ha formado, debe practicarse la hepatostomía, seguida de la administración por vía hipodérmica y en la cavidad del absceso, de la emetina.

5^a La emetina es incapaz de provocar la reabsorción del pus, que se ha coleccionado; pero una vez evacuado éste, disminuye su producción y favorece la reparación del absceso.

6^a La emetina debe administrarse por curas *repetidas, sucesivas*, para prevenir sus fracasos, sobre todo contra las formas enquistadas del parásito; no pasando de la dosis diaria de cuatro a ocho centigramos, e *interrumpiendo* su administración para evitar los accidentes alarmantes que se han señalado por distintos clínicos, después de su empleo prolongado o a dosis elevadas.

7^a El tratamiento de la hepatitis supurada, de-

be formularse así: hepatostomía, evacuación del absceso y limpieza minuciosa de la cavidad, seguida de inyección de emetina por vía hipodérmica e intracavitaria. Nunca la aspiración del pus por la punción del hígado, que es un proceder ciego y peligroso.

En síntesis: aunque no participamos de la opinión de Rogers, de que en lo porvenir la abertura de los abscesos amebicos del hígado será excepcionalmente necesaria, sí creemos que la emetina es un auxiliar valioso del tratamiento quirúrgico de la hepatitis supurada y que disminuye considerablemente la cifra de mortalidad, mejorando por lo tanto el pronóstico de una afección tan grave. Si a ello se añade que con la emetina se puede prevenir la diseminación de la disentería tropical por los portadores de parásitos e impedir la infección del hígado, se convendrá con Chauffard que este alcaloide ha ocasionado una revolución en el tratamiento de la amebiasis y “un inestimable beneficio del cual somos deudores a Leonard Rogers, de Calcuta”.

NUEVA INCISION PARA LAS OPERACIONES SOBRE LAS VIAS BILIARES

El trazado de una amplia vía de acceso a la profundidad de una región para exponer bien el campo operatorio y descubrir los órganos profundos, constituye un tiempo a veces más difícil que la operación misma sobre los órganos.

Esto es sobre todo evidente, cuando se interviene en regiones viscerales, profundas y complejas. Así se explica la preocupación de los cirujanos por trazar una incisión adecuada y la multitud de incisiones que se han propuesto para abordar las vías biliares. Estas incisiones pueden agruparse en dos clases:

1ª Incisiones simples o únicas: de Lawson Tait (Fig. 1), de Riedel (Fig. 2), de Kocher (Fig. 3), de Kausch (Fig. 4), de Seelig (Fig. 5), de Judd (Fig. 6).

2ª Incisiones combinadas: de Czerny (Fig. 7), de Mayo Robson (Fig. 8), de Langenbuch (Fig. 9), de Dean Bevan (Fig. 10), de Kehr (Fig. 11), de Perthes (Fig. 12). (1)

(1) La incisión imaginada por PERTHES y recomendada por W. GRAY, y por WILLY MEYER, es complicada y laboriosa. Consiste en una incisión vertical a un centímetro y medio a la derecha de la línea alba, desde el apéndice xifoides al ombligo; de aquí, se continúa horizontalmente a la derecha hasta el reborde costal. El colgajo cutáneo que se obtiene, es el mismo que en la incisión de Czerny. A lo largo de la incisión vertical, se incide la vaina anterior del recto, y al nivel de la incisión horizontal se fija por dos líneas de sutura a

Es indudable que la mayor exposición del campo operatorio, tratándose de una región profundamente situada como la de las vías biliares, se obtiene con las incisiones combinadas, de ahí la mayor boga de ellas, sobre todo de la incisión ondulada o en bayoneta, de Kehr, hasta hace poco usada generalmente.

Pero la incisión de Kehr, que da un enorme acceso a las vías biliares profundas, es una incisión anti-fisiológica, porque secciona dos veces, en distinto sentido, las ramas perforantes anteriores de los nervios intercostales, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º y 12º, que inervan el músculo recto anterior del abdomen (véase Fig. 13); de donde, la inferioridad fisiológica en que se coloca este músculo, la perturbación grave de su nutrición por atrofia y degeneración de sus fibras, que se traducirá ulteriormente por una disminución de la solidez de la pared y una tendencia mayor a la eventración de su cicatriz.

Hecho comprobado experimentalmente después de resecciones nerviosas del recto abdominal en los conejos, por Assmy, y señalado clínicamente en las estadísticas de todos los cirujanos que han intervenido sobre las vías biliares.

De ahí que el mismo Kehr, desde 1910, renunciara en parte a su incisión ondulada, o mejor dicho, a

un centímetro una de otra, el músculo a su vaina anterior; se cortan entonces, la vaina anterior, y el músculo entre las dos suturas para impedir su retracción y con el dedo índice se separa el recto de la hoja posterior de su vaina, hacia arriba y a la derecha, hasta que aparezcan los nervios que perforan la hoja aponeurótica profunda. Se incide entonces ésta, por dentro de los nervios perforantes, desde el apéndice xifoides hasta el ángulo externo del triángulo de la herida, paralelamente al reborde costal.

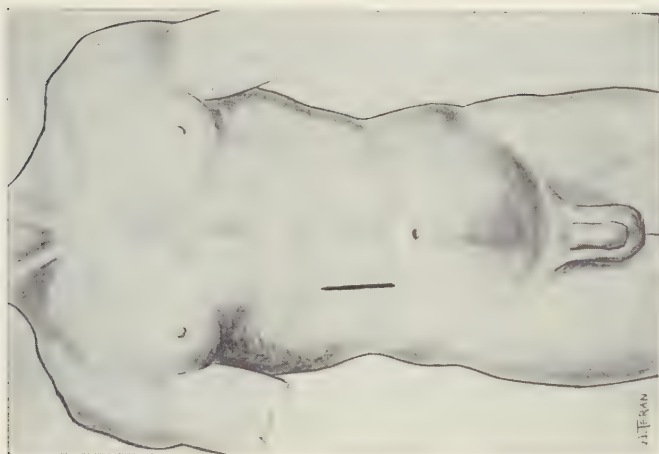


FIG. 1.—Incisión de Lawson Tait.

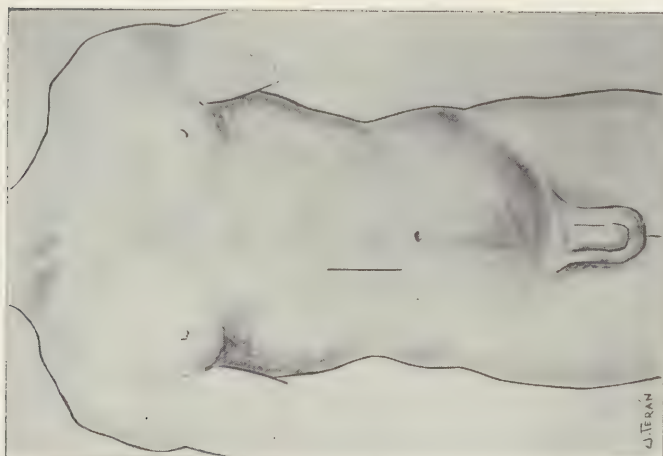


FIG. 2.—Incisión de Riedel.

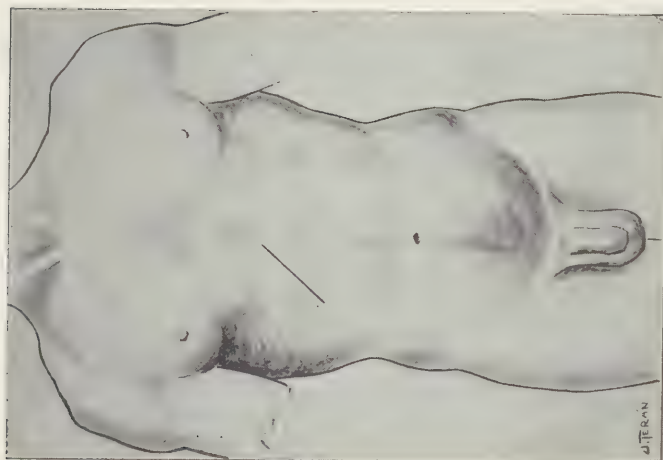


FIG. 3.—Incisión de Kocher.

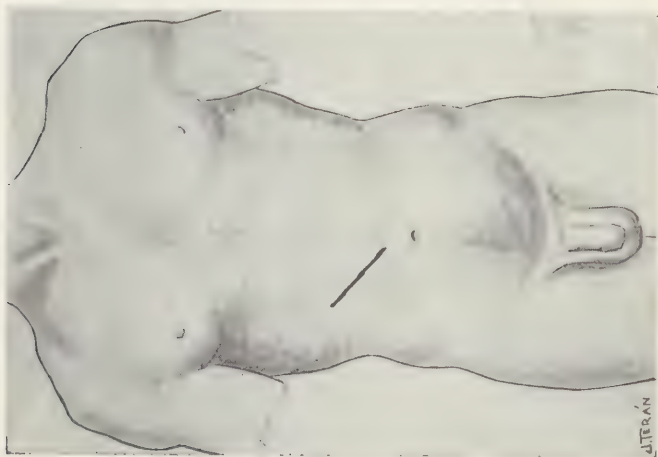


FIG. 4.—Incisión de Kausch.

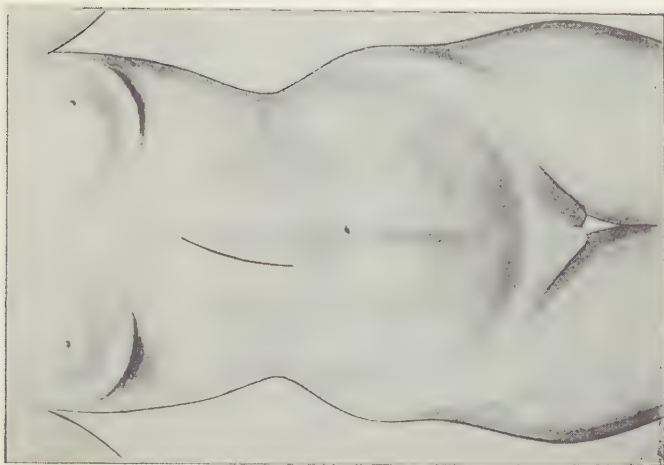


FIG. 5.—Incisión de Seelig.

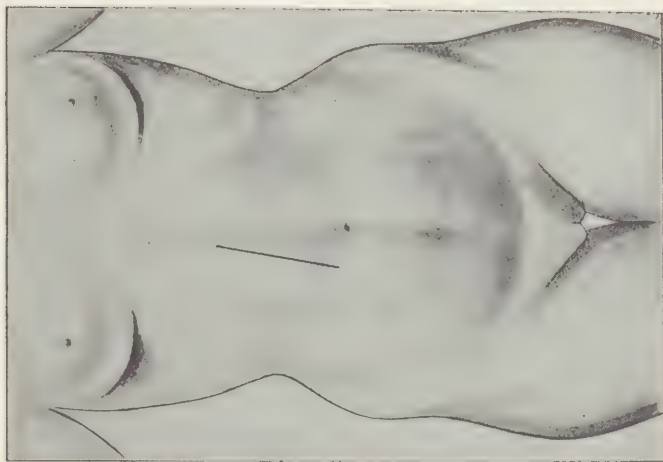


FIG. 6.—Incisión de Judd.

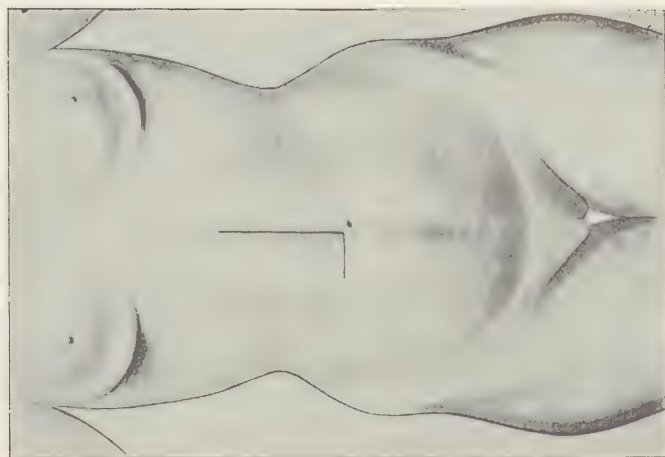


FIG. 7.—Incisión de Czerny.

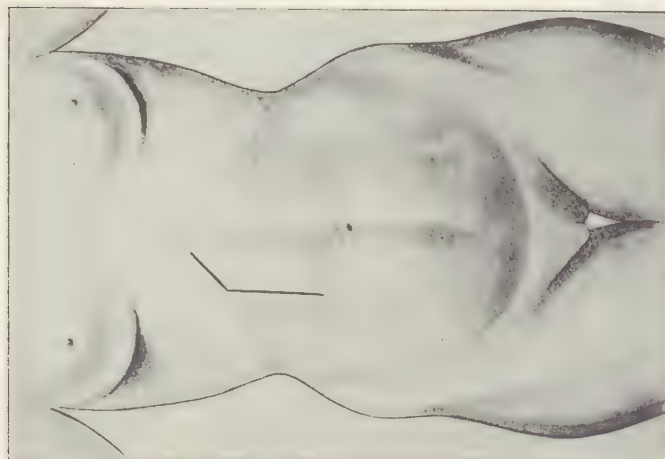


FIG. 8.—Incisión de Mayo Robson.

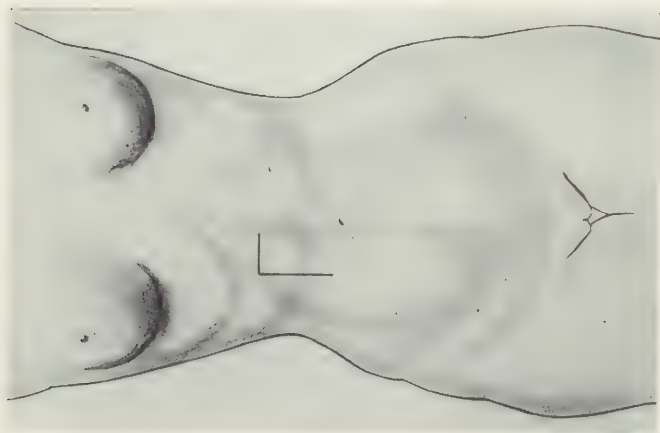


FIG. 9.—Incisión de Langenbuch.

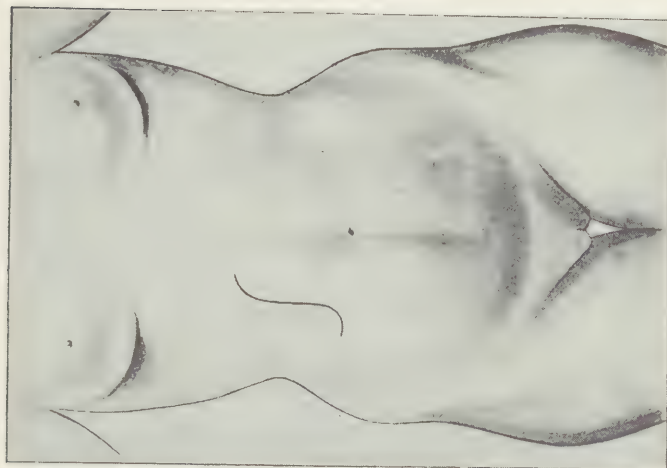


FIG. 10.—Incisión de Dean Bevan.

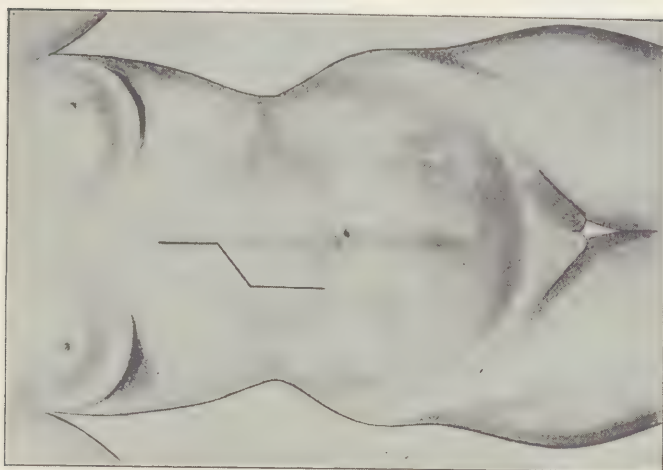


FIG. 11.—Incisión de Kehr.

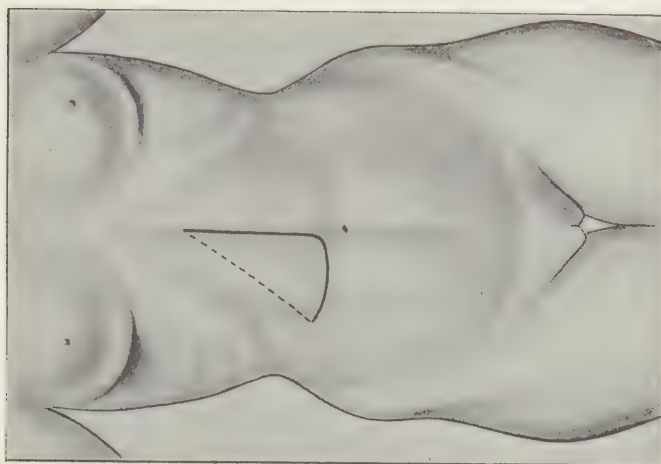


FIG. 12.—Incisión de Perthes.

la parte inferior de esta incisión, de modo que ésta no afecta ya la forma de bayoneta, sino una dirección curvilínea, de concavidad súpero-externa; pero insistiendo enérgicamente en señalar las ventajas de la rama vertical, superior y media de su incisión, que secciona la línea blanca. (Fig. 14.)

Como las incisiones transversales, o que se aproximan a ellas, son aplicables a casi todas las operaciones abdominales, se han preconizado también para las intervenciones sobre las vías biliares.

En la pared abdominal, sobre todo en las regiones laterales, existe hoy la tendencia a sustituir las incisiones verticales por otras transversales que sigan las líneas de adherencias profundas de la piel y que respeten los vasos y nervios musculares. Con las incisiones longitudinales, los cirujanos trataban de evitar la sección de los rectos mayores, olvidando que, con excepción de estos rectos, todos los tejidos de la pared abdominal tienen una dirección transversal.

Sprengel, en el Congreso Alemán de Cirugía de 1910, propuso una incisión que corta transversalmente el recto abdominal derecho y en la profundidad el oblicuo menor y el transversal, (incisión alta o baja, según que el hígado traspase o no el reborde costal), y con un pequeño gancho o curva en su extremidad externa, que divide las fibras del oblicuo mayor según su dirección. (Fig. 15.)

Si es necesario darse más luz, se prolonga la incisión más allá de la línea media, seccionando el recto mayor del lado opuesto.

König, aconseja una incisión transversal del rec-

to derecho, como la de Sprengel, pero cree más útil el trazado de la curva o gancho, en la extremidad interna de la incisión, remontándose sobre la línea alba. (Fig. 16.)

König evita todo lo más posible la prolongación longitudinal sobre la línea media, quedando siempre por lo menos a tres traveses de dedo por debajo del apéndice xifoides, pues considera que la respiración es influenciada desfavorablemente en estas condiciones, aunque reconoce, como Kehr, la utilidad de la incisión vertical y media.

En realidad, las incisiones de Sprengel y de König no son solamente incisiones transversales, sino combinadas.

En síntesis: las incisiones compuestas por más de un trazado, exponen mejor el campo operatorio de las vías biliares, que las incisiones únicas o simples.

Pero hay que tener en cuenta al combinar las incisiones, la innervación del recto anterior del abdomen y la mayor posibilidad de las eventraciones por sección de los ramos perforantes intercostales, para elegir un trazado fisiológico.

Ya en el Tercer Congreso Médico Nacional, en 1914, dimos a conocer la incisión derivada de la de Czerny y de la modificada por Kehr, en 1910, que habíamos empleado por primera vez en dos casos operados en la Clínica Covadonga: uno por colecistitis calculosa con crisis dolorosas intensas y repetidas, en un hombre de cuarenta y cinco años, cuya vesícula biliar contenía 294 cálculos, y otro de una señora de

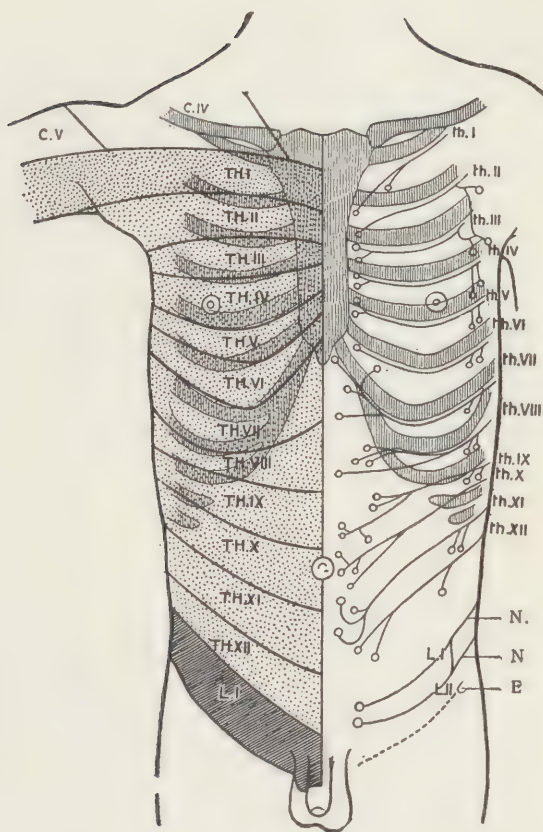


FIG. 13.—Distribución de los nervios intercostales. En el lado derecho están representados los territorios inervados por los ramos cutáneos (dermatomas). En el lado izquierdo el curso de los nervios metaméricos. Los círculos señalan los puntos de entrada de los nervios en el tejido subcutáneo. (H. Corning).

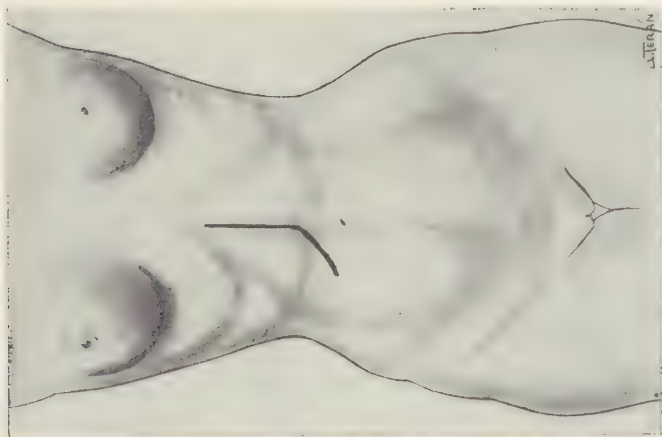


FIG. 14.—Nueva incisión de Kehr.

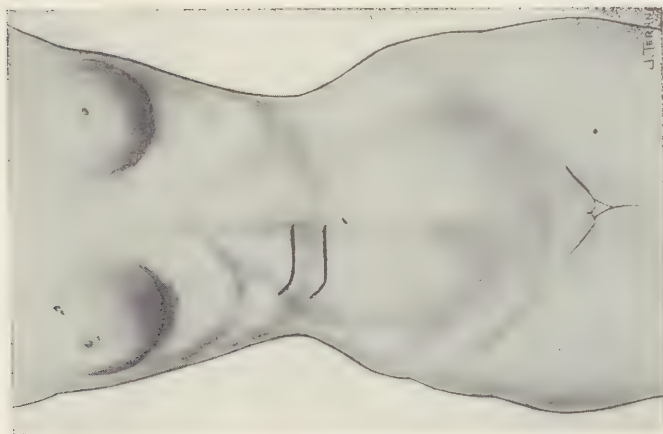


FIG. 15.—Incisión de Sprengel.

cincuenta y cinco años de edad, con angio-colitis séptica por obstrucción calculosa del colédoco, en el que se extrajeron por coledocotomía cinco cálculos, terminándose la intervención por colecistectomía y drenaje del conducto hepático.

Como se ve en la Fig. 17, la incisión que proponemos consta de una rama vertical media, incisión de ocho centímetros sobre la línea alba, empezando un poco por debajo de la punta xifoidea. Al terminar la incisión media, el bisturí la prolonga en arco hacia fuera; se dirige entonces hacia el reborde costal derecho, oblicuamente de abajo a arriba y de dentro afuera, hacia la décima costilla, aproximándose más o menos al reborde, según se necesite exponer más o menos el campo operatorio.

Esta segunda incisión oblicua sigue un trayecto paralelo a las ramas nerviosas perforantes y a las ramas arteriales intercostales y es lo que la diferencia de la incisión de Czerny, que describe sobre el abdomen superior un ángulo recto y cuya rama horizontal no sigue el trayecto de los nervios perforantes, y por esto, aunque da una gran luz, una gran exposición de la región sub-hepática, no respeta los nervios motores como la incisión oblicua de Kausch y como la que practicamos generalmente. Posteriormente a nuestra comunicación al Congreso, hemos conocido la excelente tesis de Río Branco, en la que su autor describe la misma incisión que recomendamos, y expone acerca de la posición operatoria consideraciones que creemos justificadas.

El ángulo que forman las dos incisiones, vertical

y oblicua, lo hacemos más o menos abierto y su vértice más o menos cercano al ombligo y hasta incluyendo a éste, no de manera caprichosa sino guiándonos por la mayor o menor abertura del ángulo xifoideo. A medida que este ángulo (formado por los dos rebordes costales unidos en la línea media junto al apéndice xifoides) se estrecha, hay que abrir el ángulo de la incisión hasta hacerlo casi recto, como nos ha ocurrido a veces. El vértice del ángulo del colgajo en estos casos, corresponderá al ombligo y aun le incluirá. (Figs. 18 y 19.)

En resumen: la incisión media en la línea alba, utilísima para las operaciones sobre las vías biliares profundas, asociada a la incisión oblicua paralela a los nervios perforantes y que facilita las manipulaciones sobre la vesícula, da en conjunto un gran acceso a las vías biliares superficiales y profundas, y con el empleo del cojín ideado por Elliot y preconizado por Mayo Robson, o del soporte metálico que acompaña a las mesas quirúrgicas americanas, colocado debajo del dorso a la altura del vértice de los omóplatos, y la maniobra de la exteriorización del hígado después de sección del cordón fibroso que representa la vena umbilical (ligamento redondo), la exposición del campo produce la impresión de que se realiza una operación sencilla, tales son la facilidad y seguridad que se obtienen.

Esta lordosis, no *lumbar*, sino *dorso-lumbar*, que tan bien expone el abdomen superior y que abre angularmente hacia adelante la región sub-hepática “como las hojas de un libro” (Mayo Robson), es tan indispensable a la cirugía del abdomen superior como

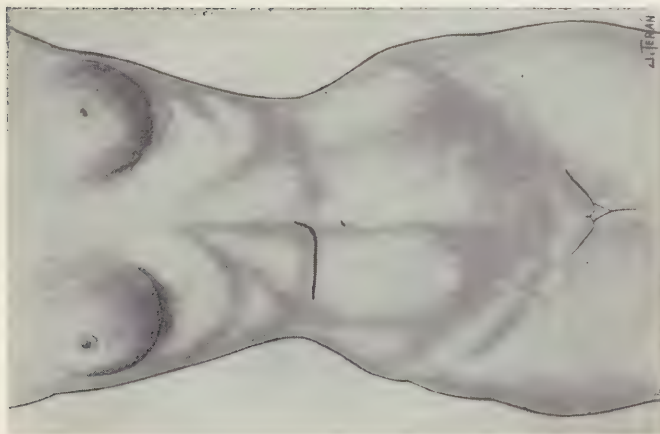


FIG. 16.—Incisión de König.

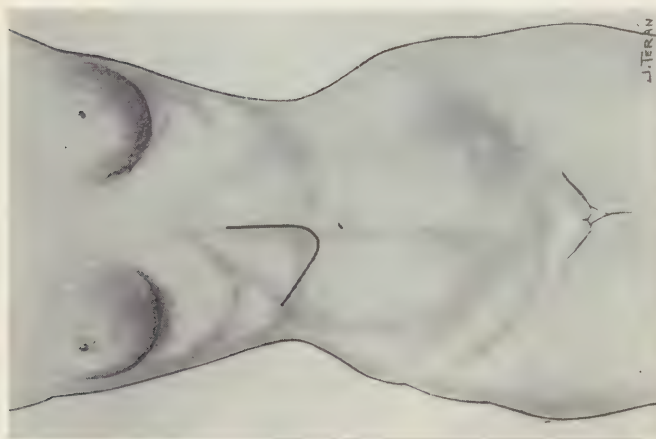


FIG. 17.—Incisión del Autor.

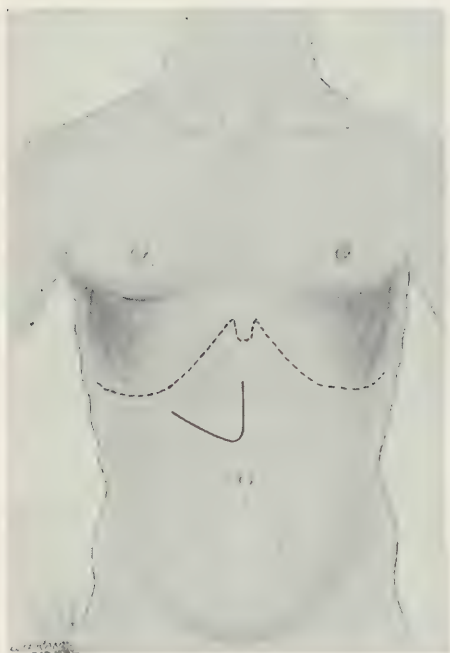


FIG. 18.—Variaciones de altura y de abertura de la incisión del Autor, según el ángulo xifoideo.

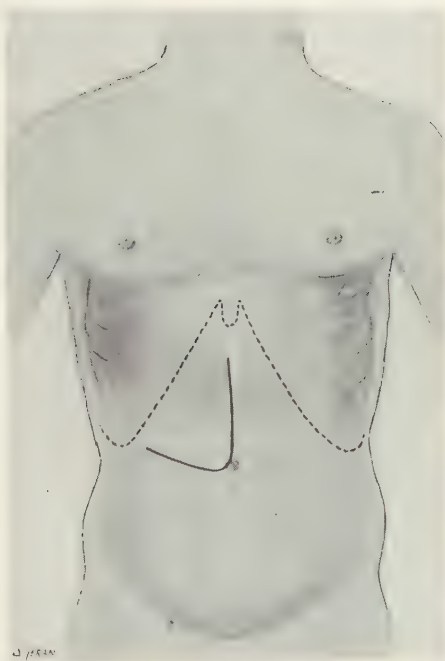


FIG. 19.—Variaciones de altura y de abertura de la incisión del Autor, según el ángulo xifoideo.

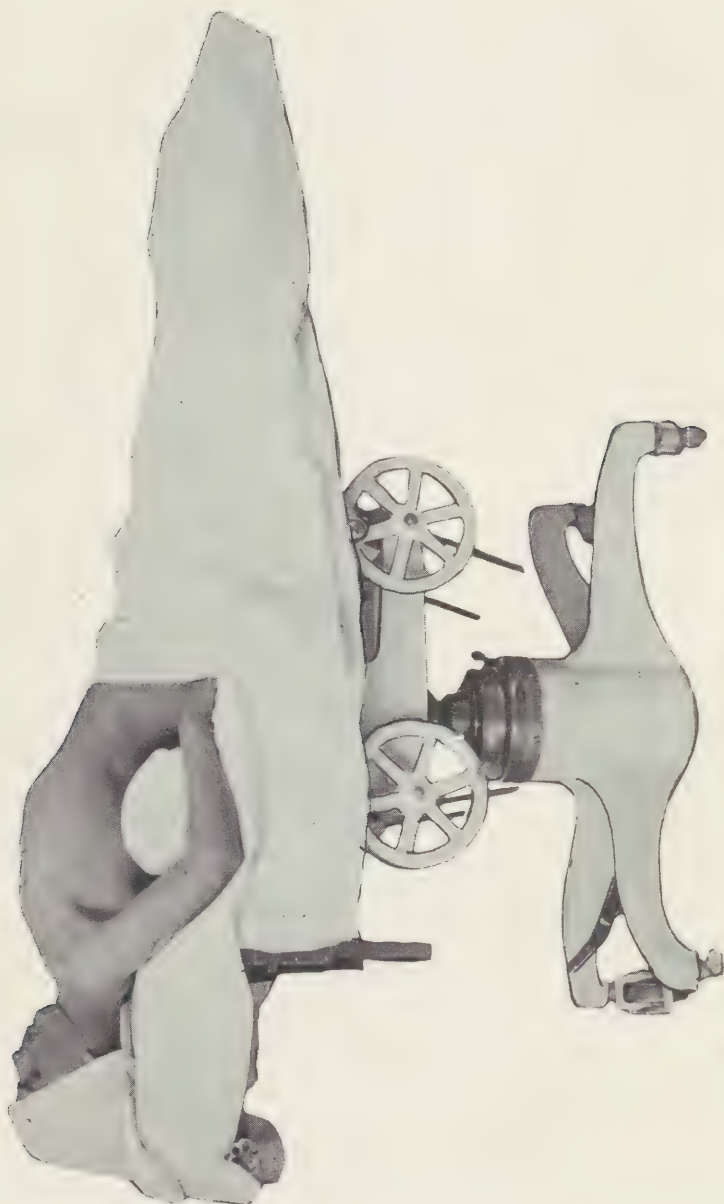


FIG. 20.—Posición operatoria, lordosis dorso-lumbar, para las operaciones sobre las vías biliares profundas.

la posición de Trendelenburg a la cirugía de la pelvis, y para no ser peligrosa para el sujeto, debe el tórax, sobre todo, colocarse en posición horizontal y la pelvis en posición declive (Río Branco). (Fig. 20.)

En algunos casos hemos comenzado por trazar la rama oblicua de la incisión con el propósito de intervenir sobre la vesícula simplemente; pero al explorar los órganos del abdomen superior, nos hemos encontrado además, con una lesión pancreática o una úlcera duodenal y entonces para realizar la coledocotomía o la gastro-enterostomía consecutivas a la intervención sobre la vesícula, hemos practicado la incisión media de la línea alba.

El drenaje lo hacemos salir generalmente por el ángulo redondeado del colgajo. En los casos de coledocotomía, el tubo de goma que conduce la bilis al exterior, es rodeado de tiras de gasa; y como nunca practicamos el lavado de los conductos biliares que aconseja Kehr, cerramos casi completamente la herida: primero el peritoneo y vaina posterior, y luego a la manera de Gosset, por puntos en U para la vaina anterior y fibras musculares. Después, puntos cutáneos. Las tiras de gasa no son renovadas, generalmente, hasta los ocho o nueve días. El drenaje intra-hepático, hasta los diez o doce días, según los casos. La fístula biliar se ha cerrado siempre, rápidamente.

Después de nuestra comunicación al Congreso Médico, en Diciembre de 1914, hemos utilizado esta incisión en gran número de intervenciones sobre las vías biliares y por el tiempo ya transcurrido se pueden apreciar los resultados lejanos, desde el punto de vista de su solidez. En ningún caso se ha observado

eventración, y dos de las operadas en 1915, de coledocotomía y drenaje del hepático, por obstrucción calculosa del colédoco, salieron embarazadas, una de ellas dos veces, y después del parto la cicatriz se encuentra perfectamente.

En conclusión: las incisiones *simples*, *únicas*, son suficientes para intervenir sobre la vesícula biliar exclusivamente.

Para intervenir sobre las vías profundas: coledocotomía y drenaje del hepático, seguida de colecistectomía, son necesarias las incisiones *combinadas*, y entre ellas estimamos como más útil la incisión angular que practicamos.

BIBLIOGRAFIA

- KAUSCH.—Incision oblique pour l'accès sur les voies biliaires *Beiträge zur Klinische Chir. Journal de Chirurgie*, T. VI, 15 mars, 1911, pág. 334.
- F. KÖNIG.—L'incision dans les interventions sur les voies biliaires. *Zentralblatt für Chir.* 1912 et *Journal de Chirurgie* t. VIII, pág. 707 1912.
- H. KEHR.—Sur l'incision de la paroi abdominale dans les interventions pour lithiase biliaire, *Archiv für Klinische Chir.*, 1812 et *Journal de Chirurgie*, t. VIII, 1912, pág. 706.
- A. GOSSET.—De l'incision transversal dans les operations sur la vesicule et les voies biliaires, *Journal de Chirurgie*, N. 6. pág. 812, 1912.
- P. DE RIO BRANCO.—Essai sur l'Anatomie et la Médecine Opératoire du tronc celiacque, pág. 626 et suivantes, 1912.
- B. MOYNIHAM.—Abdominal Operations, Vol. II. p. 262, 1916.
- S. JUDD.—Cholecystitis, changes produced by the removal of the gall bladder, *Collected Papers of the Mayo Clinic*. Vol. VIII, pág. 282, 1917.

M. SEELIG.—Cholecystectomy.—*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. XXV, núm. 1. págs. 45, 54, 1917.

WILLY MEYER.—The rectangular flap incision for operations within the Upper Abdomen. *Journal of the American Medical Association*, págs. 1677, November 17, 1917.

EXTIRPACION TOTAL DE UN QUISTE HIDATIDICO DEL HIGADO

El quiste hidatídico es en Cuba una afección tan poco frecuente, que casi no se menciona en nuestra literatura quirúrgica. En cambio, conocida es su frecuencia extraordinaria en Islandia, en Australia, en Uruguay, en la Argentina. Los Dres. Cranwell y Herrera Vegas, que han escrito sobre esta enfermedad importantes trabajos, hacen notar que la Argentina ha adquirido el triste privilegio de figurar como el país productor por excelencia de equinococos, y que el tumor hidatídico se observa con tal frecuencia en los hospitales de Buenos Aires, que cuando se presenta un enfermo con un tumor visceral, piensan en seguida en el quiste hidatídico; y añaden los Dres. Cranwell y Herrera Vegas, que no es de extrañar esta frecuencia extraordinaria, porque en la provincia de Buenos Aires se encuentran reunidos dos factores que la explican: enorme cantidad de ganado vacuno y lanar, en su gran mayoría infectados, según los informes veterinarios, y considerable número de perros, y precisamente con las vísceras del ganado llenas de hidátides se alimenta a los perros, originándose, por la convivencia de éstos con el hombre, la gran difusión de la tenia equinococo. (1)

(1) D. CRANWELL y M. HERRERA VEGAS. Los quistes hidatídicos en la República Argentina. *Actas y Trabajos del Segundo Congreso Latino-Americano*. Buenos Aires, Abril de 1904. Tomo IV, pág. 7.

Es curioso que entre nosotros no se observe la hidátide en el hombre y no obstante, en el ganado vacuno y de cerda, sobre todo en este último, según nos aseguran los distinguidos Profesores de Veterinaria Dres. Etchegoyen y San Martín, se encuentra en gran cantidad. Nunca se ha encontrado el parásito adulto, la tenia equinococo, en el perro de Cuba.

Si una observación de quiste hidatídico del hígado, la localización más frecuente de la equinocosis, fuera de aquí sería banal, tiene en Cuba el interés de su rareza. La circunstancia de ser nuestro caso un quiste pediculado, lo que nos permitió hacer una extirpación radical por hepatectomía del pedículo, método ideal de tratamiento, pocas veces realizable, da mayor interés clínico a la siguiente observación:

OBSERVACIÓN.—Saleh Salman, de 22 años de edad, natural de Siria, dedicado al comercio, vecino de Unión de Reyes, provincia de Matanzas. Es un joven de robusta constitución, sin antecedentes patológicos, personales ni hereditarios, dignos de anotarse.

Hace ocho años emigró de su país; se dirigió primero a Egipto, estuvo unos días en Alejandría y allí tomó el vapor que al través del Mediterráneo le condujo a Marsella. De Marsella vino directamente a la Habana y en esta Isla ha permanecido desde entonces. Hace cinco años, en Abril de 1913, que vino a la Habana para consultarnos. Sentía dolores en la región lumbo-ilíaca derecha que eran debidos a una ptosis del riñón. Este se desplazaba fácilmente y la palpación bimanual permitía apreciar el

peloteo y el contacto lumbar del tumor. El examen de la orina era normal.

Practicada una nefropexia, el paciente curó de sus dolores y ha estado desde entonces trabajando en su oficio de dependiente de comercio y realizando trabajos recios, sin haber vuelto a presentar la menor molestia, durante cinco años.

En el mes de Marzo de 1918, se enfermó de gripe, guardando cama durante varios días; pudo entonces observar con asombro, que en su vientre tenía un tumor del tamaño de una naranja grande, que con facilidad se movía y sin que le produjese la menor molestia. Creyó que su riñón se había vuelto a desprender y acudió de nuevo a nuestro servicio de cirugía de la Clínica Covadonga.

Comprobamos efectivamente la existencia de un tumor que nos pareció reproducir la forma de un riñón globuloso, que huía de la fosa renal y cuya movilidad contrastaba con la ausencia absoluta de dolores. No acusaba tampoco el menor trastorno en la secreción urinaria.

La idea de una recidiva del riñón movable que había tenido el enfermo, venía en seguida a la mente y así lo pensaron todos los compañeros a quienes hicimos examinar este caso. Pero a algunos nos quedaban dudas sobre la exactitud del diagnóstico. La incisión lumbar practicada sobre la antigua cicatriz de la nefropexia, nos permitió comprobar la sólida fijación del riñón, y la huída, la desaparición del tumor, ocasionada por la posición en decúbito lateral del sujeto.

Suturamos la herida lumbar y colocado el pa-

ciente en decúbito supino, hicimos una laparotomía mediana supra-umbilical. Debajo del estómago y cubierto por el epiploon mayor, que se le adhería extensamente, encontramos el tumor, de paredes gruesas y de contenido líquido. Estaba pendiente por un ancho pedículo, del borde anterior del hígado, entre la fosilla cística y el ligamento redondo.

Extirpado el quiste previa ligadura del pedículo hepático, pudimos cerciorarnos de que contenía un líquido como agua cristalina y además gran número de vesículas o hidátides de distinto tamaño; era un quiste multivesicular; al microscopio, el Dr. Recio, Jefe del Laboratorio, observó las cabezas o *scolex*, y sus ganchos característicos. La curación se realizó sin incidentes.

Era lógico pensar si el riñón movable que hace cuatro años diagnosticamos en este enfermo no era ya sino el mismo tumor quístico, pero no nos explicamos entonces la desaparición de los dolores después de la nefropexia, dolores que no han aparecido luego, a pesar de la movilidad del quiste.

Seguramente que en su país natal es en donde este enfermo adquirió su equinococosis; siendo a veces de años el tiempo transcurrido entre la introducción de los huevos de la *tenia echinococcus* en el intestino humano y la aparición del quiste hidatídico.

Es bien conocido el ciclo evolutivo del parásito: la *tenia echinococcus*, el más pequeño de los cestodos conocidos, vive en el *estado adulto*, en el estado de parásito perfecto, en el intestino delgado del perro y con las deyecciones de éste sus huevos son

expulsados al exterior. Estos huevos se desecan al caer en el suelo y son transportados por el viento, contaminando las aguas, hortalizas, legumbres, etc., que son ingeridas por el hombre y en el interior de cuyo tubo digestivo se pone en libertad el contenido del huevo, el *embrión hexacanto*. Con los seis ganchos que tiene el embrión en una de sus extremidades—de ahí su nombre—, perfora la mucosa y penetra por la circulación de la vena porta en el hígado, sitio predilecto de desarrollo del quiste; o atraviesa esta viscera y por la vena cava inferior llega al corazón y a la circulación pulmonar, o a la circulación aórtica y a los diversos órganos de la economía. Entonces el embrión se transforma en una vesícula o cápsula: *estado vesicular* o *hidátide* en parasitología, *quiste hidatídico* en patología.

De estos datos etiológicos y conocido el ciclo evolutivo del parásito, se deducen dos grandes nociones profilácticas:

1ª—No alimentar los perros con los desperdicios y residuos de los mataderos, pues las hidátides del ganado darán lugar al desarrollo del parásito adulto en el perro y los huevos de la tenia equinococo infectarán al hombre que convive con el perro.

2ª—Consumir el agua hervida o filtrada y las verduras cocidas, sobre todo donde la promiscuidad con los perros sea mayor.

Los métodos de tratamiento empleados contra los quistes hidatídicos, son: la quistostomía o fistulización exterior del quiste (de aquí nació la denominación de marsupialización aplicada a todos los

casos análogos), operación de Lindeman-Landau. Es el único tratamiento de los quistes infectados o supurados. En los demás casos, a la hora actual se emplea la reducción sin drenaje de la cavidad quística, después de la evacuación de su contenido, previa inyección parasitocida de formol al 1 por 100 (formolización de Déve).

Esta reducción se ha practicado de cuatro diversas maneras:

Reducción sin sutura, esto es, sin cerrar la abertura de las paredes del quiste, proceder seguido por los cirujanos australianos, que lo designan con el nombre de método de Bond, (1891).

Es un método peligroso por la colerragia intra-peritoneal a que expone y que debe hacerlo rechazar definitivamente (Dévé).

Reducción del quiste después de suturar la abertura parietal, proceder de Posadas (1895).

Reducción después de aproximar las paredes de la cavidad quística por dos o tres puntos de sutura interiores (*capitonnage*), para hacer desaparecer el espacio muerto, proceder de Delbet (1896).

Y finalmente, reducción después de sutura y fijación metódica de los labios de la pared quística, al peritoneo parietal; es el proceder que emplean los cirujanos sud-americanos, proceder de Llobet y Varsi (1900).

No entra en los límites de nuestro artículo hacer aquí la exposición y crítica detallada de estos procedimientos, de sus indicaciones y de sus contraindicaciones respectivas; sólo diremos que el método sud-americano o argentino, es el proceder de elección,

que une a la *seguridad* de la marsupialización las *ventajas* de la oclusión sin drenaje (Dévé). (1)

Todo lo anteriormente expuesto, se refiere a los quistes desarrollados, como sucede en la inmensa mayoría de casos, en el espesor del parénquima hepático. La ablación o extirpación total del quiste, que hemos realizado en nuestro caso, sería el tratamiento ideal de los quistes hidatídicos del hígado, si no constituyese un método excepcional, sólo aplicable a los quistes extraparenquimatosos o pediculados, esto es, casi completamente enucleados del tejido glandular, lo que se ve muy raras veces. La extirpación ha sido practicada desde 1879, por Jacoby, después, en 1881, por Balls Headley, y en 1883 por Bird. En Francia, la primera ablación total de un quiste de esta naturaleza fué realizada por Terrier en 1885; después por Segond en 1887, por Schwartz y por Doyen en 1892. (2)

La extirpación, que a veces puede ser realizada con la misma facilidad que la ablación de un quiste ovárico, en cambio puede llegar a necesitar una verdadera resección más o menos extensa del hígado, y entonces, por su mayor gravedad operatoria, debe ser sustituida por los métodos de marsupialización o de reducción aplicables a los quistes intra-viscerales.

Hemos dicho que el quiste de nuestra observa-

(1) E. DÉVÉ.—Traitement chirurgical moderne des Kystes hydatiques non compliqués du foie. *Journal de Chirurgie*, No. 5, Mai 1910, pág. 464.

(2) F. TERRIER et M. AUVRAY.—Chirurgie du foie, et des voies biliaires, pág. 161. París, 1907.

ción pertenecía al tipo de los quistes multivesiculares, por la gran cantidad de vesículas hijas, de todos tamaños que contenía en su cavidad; y la distinción de los quistes en uni o multi-vesiculares no sólo tiene un interés parasitológico, sino también clínico, para el tratamiento y para el pronóstico operatorio, como lo ha señalado Dévé en sus notables trabajos sobre la hidatidosis. En efecto, la forma multivesicular exige casi siempre la marsupialización del saco, que es un tratamiento de necesidad, por sus inconvenientes: colerragia, supuración, fístulas; mientras que los quistes univesiculares son justiciables de la reducción sin drenaje, método muy superior a la marsupialización. (1)

Y como la forma multivesicular del quiste, traduce, según los trabajos de Dévé, *una reacción de defensa, un estado de sufrimiento del parásito*, que provocan diversos factores, como son: la evacuación del líquido vesicular, por ruptura del quiste o por punciones del mismo; la infección del espacio perivesicular o el derrame de bilis en este espacio, hay que retener bien estas nociones profilácticas, que las investigaciones de Dévé han establecido:

1ª—*Que los quistes hidatídicos no deben nunca punccionarse.*

2ª—*Que deben operarse lo más pronto posible, y en la más temprana edad*, antes que la transformación del quiste univesicular, en multivesicular, impida un tratamiento operatorio más completo.

(1) F. DÉVÉ.—Les vésicules hydatiques filles, leurs origines, leurs conditions pathogéniques. *Presse Médicale*. No. 45.—8 Aout, 1918.

RESULTADOS LEJANOS DE INTERVENCIONES SOBRE LAS VIAS BILIARES

- I. *Después de la colecistectomía, aislada o seguida de coledocotomía y drenaje del hepático.*
- II. *Después de la colecistenterostomía.*
- III. *Recidiva de la litiasis.*

I

A juzgar exclusivamente por las experiencias realizadas en animales, quedaría el cirujano muy perplejo cuando se viese precisado a extirpar la vesícula biliar. Tan frecuentes y tan intensos serían los trastornos funcionales después de la colecistectomía.

Según Hohlweg y Smith, sobrevendrían en estos casos perturbaciones gástricas e intestinales, que serían debidas a la ausencia de ácido clorhídrico libre en el contenido del estómago por el aflujo continuo de bilis hacia el duodeno. Clínicamente, estas alteraciones del quimismo gástrico no han sido observadas en series considerables de colecistectomizados.

Se reprocha también a la ectomía el suprimir la acción diluyente que sobre la bilis ejerce el mucus segregado por la vesícula y que hace a la bilis menos

irritante para el páncreas. Esta acción ha sido demostrada experimental y clínicamente por Opie y por Halsted, inyectando bilis pura en los conductos pancreáticos y produciéndose en seguida una pancreatitis aguda y mortal; y por Flexner, que mezclando experimentalmente la bilis pura con mucus vesicular, no producía la pancreatitis aguda si se inyectaba en los conductos del páncreas. Pero aparte de que con la colecistectomía no se reproduce la prueba experimental de la inyección intra-pancreática de bilis pura, la clínica no ha señalado casos de pancreatitis consecutivas a la extirpación vesicular.

Ya Oddi, en 1887, estudiando experimentalmente la importancia funcional de la vesícula, observó la dilatación considerable de las vías biliares después de la extirpación vesicular en los perros y al investigar la causa anatómica que producía la dilatación, descubrió el esfínter que lleva su nombre, en la extremidad duodenal del colédoco; esfínter que fué después estudiado en el hombre, por Hendrickson, en 1898.

Rost, de Heidelberg, en 1913, ha repetido el estudio del valor funcional de la vesícula, en perros a los que previamente practicaba una fístula duodenal para recoger la bilis, y después unos eran colecistectomizados y otros no. En los primeros, el derrame de bilis era continuo y no intermitente como en los animales que conservaban su vesícula. Meses después de la operación, en algunos de los perros colecistectomizados el chorro biliar seguía siendo continuo, pero en otros la evacuación era intermitente como en los que conservaban la vesícula. Pero

ni en unos ni en otros, se modificaba de manera apreciable la digestión ni la asimilación de los alimentos, ni el balance de la nutrición en ambos grupos de perros acusó la menor modificación en los cambios, ni aun en lo que se refiere a la utilización de las grasas.

En la autopsia de estos animales, se comprobó en unos casos la dilatación considerable de las vías biliares extra-hepáticas con un esfínter ampular desarrollado y cerrado. En otros no había dilatación de las vías biliares y el esfínter era aquí delgado y permanecía abierto. Ninguno de estos animales presentaba alteración del parénquima hepático.

Estos datos anatómicos explican las modificaciones funcionales del chorro biliar; cuando el esfínter sigue siendo continente después de la extirpación de la vesícula, se dilata el hepato-colédoco y no se dilata éste cuando el esfínter pierde su tonicidad y queda abierto. Análogas modificaciones ha observado Rost en el hombre, en tres casos de autopsia después de la colecistectomía, y de sus investigaciones concluye: que la vesícula tiene una gran importancia fisiológica y condena su ablación profiláctica en todos los casos de litiasis, no debiendo realizarse sino cuando existan serias razones para ello. Aconseja finalmente, cuando haya que extirpar la vesícula, que se conserve un muñón cístico, que al dilatarse ulteriormente haría el papel de una nueva vesícula; consejo deplorable, porque la práctica ha demostrado que el muñón ampular favorece la recidiva de la litiasis.

Judd y Mann, en 1916, han comprobado esta dilatación de las vías biliares extra-hepáticas después

de la colecistectomía, en perros, gatos y cabras, y han demostrado que ella era debida, en efecto, a la existencia del esfínter de Oddi, pues cuando éste se diseca, separando sus fibras de las del duodeno, no se produce la dilatación de las vías biliares.

Todas estas experiencias sobre los resultados tardíos de la colecistectomía, han dado lugar a una verdadera revisión de las nociones generalmente admitidas sobre la fisiología de la vesícula.

El clásico papel de reservorio o de depósito, que se le asignaba a la vesícula para almacenar la bilis que había de ser utilizada en el acto de la digestión, es una pura hipótesis, como ya lo hacía sospechar la desproporción entre la capacidad media del colecisto (16 gramos) y la cantidad de bilis (tanta o más que de orina) segregada en las veinticuatro horas. Además, la vesícula, como lo hace notar W. Mayo, no tiene suficiente tejido muscular para contraer sus paredes y actuar sobre su contenido, como el estómago o la vejiga, en determinados momentos. En cambio, queda demostrada como función propia de la vesícula, la secreción de mucus cuya acción anti-irritante sobre la bilis, señalamos anteriormente. Y sobre todo, y en ello concuerdan las experiencias en animales, ya realizadas por Oddi, las autopsias de colecistectomizados y las operaciones secundarias en el vivo, la vesícula ejerce el papel de graduador de la presión en el conducto hepato-colédoco, de regulador del flujo o chorro biliar hacia el duodeno.

William Mayo (1) en 1911, emitió esta opinión,

(1) W. J. MAYO. Collected Papers of St. Mary's Hospital, 1911, pág. 140.

que los trabajos de Rost en 1913, los de Mann y Judd, en 1916, y otros, han confirmado.

Según Werelius, (1) de Chicago, es el hígado en sus excursiones respiratorias, el que produce mecánicamente una contracción y relajación pasivas de la vesícula biliar. Introduciendo en la vesícula de un perro un tubo de goma en conexión con un manómetro, ha podido observar estos cambios alternativos de la presión intra-cística y que hacen actuar a la vesícula, en cierto grado, como una pera de succión sobre la corriente biliar.

Ahora bien, esta función *reguladora del equilibrio de la presión* en el interior de las vías biliares, cuando la vesícula se extirpa, es suplada por la *dilatación compensadora del hepato-colédoco*.

En conclusión: no puede sistemáticamente aconsejarse la extirpación de la vesícula como órgano inútil, porque la ablación profiláctica de un órgano no puede erigirse como método general; pero por importantes que sean las funciones vesiculares, ya hemos visto que no son vitales, que no tienen trascendencia sobre las demás funciones de la economía, y cuando el colecisto se infecta, no es cosa de conservar un órgano que ha dejado de ser útil para volverse perjudicial (Fowler), por problemáticos trastornos ulteriores, que la clínica no ha confirmado. Los cirujanos podemos tener la seguridad de que la extirpación de la vesícula, cuando está indicada por sus lesiones o por su infección—y cuando la vesícula se

(1) A. WERELLIUS. Suction bulb-action of the Gall-bladder. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, N. 5. Noviembre 1917, pág. 520.

infecta lo mismo que el apéndice quedan para siempre lesionados—, no va seguida de perturbaciones funcionales y que las conclusiones que algunos experimentadores deducen de sus operaciones en animales, en contradicción con los datos de la clínica, nunca deben influenciar nuestra conducta cuando nos veamos obligados a extirpar la vesícula.

En nuestra estadística de setenta y dos colecistectomías (1), hemos tenido la oportunidad de seguir de cerca a diez y ocho de los operados más antiguos de litiasis biliar, con cinco años el que menos, de operado. En todos ellos, que han curado radicalmente de su litiasis, no se ha observado ningún trastorno funcional imputable a la extirpación de la vesícula y entre esos diez y ocho casos contamos a los dos primeros de colecistectomía realizada en Cuba y que presentamos a la Academia de Ciencias en Octubre de 1902. En ambos se trataba de una colecistitis calculosa. Uno de ellos, la Sra. Ramona G. de L., tenía cuando la operamos en la Clínica Covadonga, en 1901, cuarenta y cinco años; con frecuencia vemos a esta señora, que reside en la Habana. El otro, Sra. Angela B. de V., operada en su propia casa con el concurso de los doctores Ortiz Cano y Pérez Vento, en 1902, la vimos por última vez en 1909, después la hemos perdido de vista. De esta serie de antiguas colecistectomizadas a que nos referimos, tres de las mujeres han tenido un parto normal.

(1) En la fecha de impresión de este libro, Octubre de 1919.

En 1906 comunicamos a la Academia de Ciencias la primera observación de coledocotomía y drenaje del hepático seguidos de colecistectomía, que se realizaba en nuestro país y que lo mismo que las dos anteriores fueron publicadas en nuestra *Revista de Med. y Cir. de la Habana*. Esta señora, M. A. de H., operada en el "Número Uno", como vive también en la capital, ha sido vista con frecuencia por nosotros.

En esta y en las demás intervenciones sobre las vías biliares profundas que hemos realizado, en número de 21, la extirpación de la vesícula asociada a la coledocotomía, tampoco ha provocado trastornos ulteriores. En dos de estas operadas, en la Cova-donga, en 1915, que más tarde han parido, la cicatriz de la incisión angular que preconizamos para estas operaciones, en el III Congreso Médico, en 1914, ha sufrido una verdadera prueba de resistencia.

II

A propósito de otra intervención sobre las vías biliares, la colecistenterostomía, también aparecen en contradicción los hechos clínicos y los experimentos en animales. En éstos, la infección ascendente hacia el hígado y las vías biliares sería un hecho casi constante. Hubicki y Szerssynski, han observado en todos los casos, la penetración en el hígado, de los agentes microbianos del intestino después de la colecistenterostomía experimental, y de siete perros operados, cuatro presentaron una angiocolitis supurada. Según los autores, sus experiencias confirman las de

Bozzi y los resultados contradictorios obtenidos por Radwiewski provendrían de que este último examinó sus perros poco después de la operación.

En cambio, los cirujanos, con Mayo Robson que tiene una gran experiencia de esta operación, a la cabeza, no han comprobado sino muy raras veces la infección ascendente después de la colecistenterostomía. Aquí es más difícil referirnos a los resultados lejanos, porque la anastomosis bilio-intestinal se practica sobre todo como operación paliativa en los neoplasmas del páncreas y los enfermos sucumben generalmente a los progresos de la caquexia cancerosa, tres o cinco meses después de la operación. Así ha sucedido en el corto número de casos, seis, de nuestras colecistenterostomías por cáncer.

La observación siguiente ofrece el interés de referirse a una pancreatitis crónica, no neoplásica, en la que la colecistenterostomía no sólo curó radicalmente la lesión pancreática, sino que en nada ha afectado la integridad de la glándula hepática.

OBSERVACIÓN.—Filomeno R. L., natural de Cuba, vecino de Artemisa, de cuarenta y ocho años de edad, casado, agricultor, ingresa en nuestra sala de la Clínica Covadonga, ocupando la cama núm. 9. Recuerda haber padecido, cuando niño, sarampión y varicela; durante los años de 1898 y 99, padeció de paludismo y de enteritis. No tiene antecedentes avariósicos ni hábitos alcohólicos.

El principio de su enfermedad actual ha sido muy insidioso, y el enfermo lo refiere hacia Noviembre de 1916; se vió aquejado de malestar general, con pérdida del apetito, "incomodidad en el vientre"

sin poder precisar su asiento; no experimentaba dolores, pero la incapacidad para el trabajo le obligó a suspender sus faenas. Hacia fines de Febrero de 1917, comenzó a ponerse amarillo y este íctero fué aumentando progresivamente, sin ninguna remisión.

Estado actual.—El adelgazamiento es considerable, el enfermo ha perdido en pocos meses más de 40 libras de su peso. El color de sus tegumentos es verde bronceado intenso; se observan en el tronco hemorragias petequiales; todo el curso de la enfermedad ha sido apirético. Hay prurito generalizado e intenso.

Al examen de su vientre se nota un tumor voluminoso que desde el hipocondrio derecho asciende hasta la fosa ilíaca y que corresponde a la vesícula biliar muy distendida; no se encuentra nada anormal en el resto del abdomen. La decoloración de las heces fecales es completa, la orina contiene una gran cantidad de pigmentos biliares, no hay glicosuria. El enfermo tiene alternativas de diarreas y de estreñimiento.

Diagnóstico.—Este enfermo presenta el tipo de la obstrucción crónica y progresiva del colédoco. ¿Por qué causa: por cálculo o por lesión pancreática o de los conductos biliares, o del ámpula de Vater? No hay antecedentes de litiasis, no ha habido fiebre, ni escalofríos, ni cólicos, que puedan hacernos pensar en la obstrucción de origen calculosa. El síndrome de Bard-Pic que presenta el enfermo: íctero crónico y progresivo, gran dilatación de la vesícula, adelgazamiento, se presenta en el cáncer del colédoco y del ámpula de Vater y en el cáncer de la cabeza del

páncreas y en la pancreatitis crónica. Pero además de que los dos primeros son muy raros y en ellos el íctero, sino con intermitencias se ofrece con una variabilidad y precocidad relativas (Hanot, Villar), el examen coprológico y la reacción de Cammidge positiva, nos conducían al diagnóstico etiológico de lesión pancreática. Era aquí, por lo tanto, donde residía la causa de la obstrucción del colédoco y llegamos entonces al famoso, como Villar le llama, diagnóstico diferencial entre la pancreatitis crónica y el cáncer de la cabeza del páncreas.

Este diagnóstico es muy difícil, aunque no imposible como quieren algunos, y sus dificultades explican, como lo hizo notar Michaux en su ponencia del Congreso Internacional de Medicina de París, en 1900, los resultados maravillosos obtenidos en ciertos operados que se creían de cáncer del páncreas cuando no eran sino pancreatitis esclerósicas. En muchos casos, aun después de abierto el vientre, con las lesiones a la vista, el cirujano vacila sobre su verdadera naturaleza y aun si se extirpa un trozo de páncreas enfermo para el examen microscópico, dice Villar en su notable Informe sobre la Cirugía del páncreas al Congreso Francés de Cirugía de 1905 (1), es preciso confiar este examen a un anatómo-patólogo de profesión! Por eso, aun cuando parezca paradójico, hay que establecer el diagnóstico diferencial aun después de la laparotomía. La existencia de ascitis o de ganglios en el epiploon gastrohepático, inclinan el ánimo hacia el neoplasma del

(1) F. VILLAR. Chirurgie du pancreas, 1905. pág. 107.

páncreas. Según Mayo-Robson, pueden también encontrarse ganglios en la pancreatitis, pero entonces son blandos y no duros como en el cáncer.

La distensión de la vesícula biliar es un gran signo de cáncer del páncreas (ley de Courvoisier-Terrrier), pero también acompaña a la pancreatitis crónica. La simple distensión mecánica, sin alteraciones inflamatorias, será causada casi siempre por el cáncer de la cabeza del páncreas y si la vesícula presenta hipervascularización de sus paredes, la pancreatitis será la causa (Desjardins, Villar). En nuestro caso, la reacción de Cammidge nos hacía pensar en la pancreatitis inflamatoria, crónica, no neoplásica; muy rara, porque ella es generalmente de origen biliar.

Operación.—El 22 de Junio de 1917, operamos a este enfermo. Anestesia por el éter. La vesícula muy aumentada de volumen aparecía muy congestionada. La causa de la obstrucción coledociana era producida, efectivamente, por el aumento de volumen de la cabeza del páncreas, que además se encontraba muy indurada. Nada anormal observamos en las vías biliares profundas ni en el duodeno. No había ascitis, ni ganglios en el epigloón gastro-hepático. Con la pinza de Roosevelt que usamos en las gastro-enterostomías, aplicamos la vesícula al yeyuno y fácilmente realizamos la anastomosis.

No se observó en el curso post-operatorio el menor incidente y ha sido digna de notarse la rapidez extraordinaria con que todos los síntomas del íctero por obstrucción fueron desapareciendo, hasta curarse radicalmente el enfermo. Repetidas veces lo he-

mos visto después de operado y su estado general es excelente.

El peligro teórico de la infección ascendente, después de las colecistenterostomías, no nos autoriza para prolongar el acto operatorio y aumentar inútilmente su gravedad, haciendo una entero-anastomosis para excluir el asa anastomosada, o la colecistenterostomía en Y, de Monprofit.

III

Vamos a terminar este análisis de los resultados lejanos de nuestras intervenciones biliares, con el examen de las recidivas después de las operaciones por litiasis. ¿Recidiva la litiasis en estos casos?

Es un hecho puesto en evidencia por Kehr, y comprobado por todos los cirujanos, que las recidivas son frecuentes después de las operaciones conservadoras: colecistostomía y coledocotomía con suturas; pero extraordinariamente raras después de las operaciones radicales: colecistectomía y coledocotomía con drenaje del hepático. Solamente dos operaciones iterativas hemos tenido ocasión de efectuar por recidiva de la litiasis. En los dos casos, que habían sido operados por otros colegas de colecistotomía y de colecistostomía, extirpamos la vesícula, enferma de colecistitis crónica, y que contenía nuevos cálculos. Nunca hemos tenido noticias de recidiva después de nuestras colecistectomías aisladas, por colecistitis calculosa, o asociadas al drenaje del hepático en la litiasis de las vías profundas, que son las intervenciones que siempre practicamos. Kehr llega a negar

la autenticidad de las *verdaderas* recidivas después de su operación (drenaje del hepático y cistectomía), creyendo que se trata en estos casos de falsas recidivas: ablación incompleta de los cálculos, dolores ocasionados por adherencias o cálculos desarrollados alrededor de una ligadura de seda o de partículas de algodón o de gasa, como núcleo.

Kehr da en este cuadro la frecuencia de las recidivas según las distintas operaciones practicadas contra la litiasis:

Aparece la recidiva después de colecistotomía

en	18'7	p. 100	de los casos.
„ colecistostomía	12'9	„	„
„ colecistostomía y ligadura del muñón	10	„	„
„ coledocotomía con sutura	20	„	„
„ coledocotomía con drenaje	7	„	„
„ coledocotomía con drenaje del hepático	0	„	„

Sin embargo, algunos cirujanos han señalado recidivas verdaderas después de las operaciones radicales. Y en ninguno de los grupos que señala Kehr como causa de falsas recidivas después de su operación, puede incluirse la recidiva verdadera que hemos observado.

Se trata de un individuo—cuya observación comunicamos a la Academia de Ciencias en 1915—,

que fué operado por obstrucción calculosa (dos cálculos voluminosos) del colédoco. Después de la operación de Kehr, el operado se marchó a su provincia y siguió perfectamente, hasta que medio año después tuvo dos cólicos hepáticos con un mes de intervalo, acompañados de ictericia ligera. Después no ha vuelto a experimentar ningún trastorno.

Aquí fué extirpada la vesícula; el material que usamos en nuestras operaciones es exclusivamente el catgut y aun cuando algún cálculo hubiera pasado inadvertido en el hepato-colédoco en el momento de la operación, este conducto permaneció abierto y drenado durante muchos días, los suficientes para que cualquier cálculo fuese eliminado con la bilis que se derramaba al exterior.

SOBRE LA PANCREATITIS CRONICA DE ORIGEN BILIAR

Los progresos realizados en la cirugía de las vías biliares profundas, permitiéndonos examinar sistemáticamente el páncreas en estas intervenciones, nos han revelado la frecuencia con que la pancreatitis acompaña a la litiasis biliar y han contribuido a extender el capítulo de la patología del páncreas, órgano que en virtud de la situación anatómica que ocupa en la cavidad abdominal, escapa al examen directo, olvidándose que existe profundamente oculta detrás del estómago, una glándula extensa cuyas lesiones son mucho más frecuentes de lo que hasta ahora se había creído. (Körte.)

Riedel, en 1896, fué el primero que reconoció la pancreatitis crónica en una operación por litiasis biliar. Pero Mayo Robson ha sido sobre todo quien ha puesto de relieve la frecuencia de esta asociación, en su ponencia del Congreso Internacional de Medicina de París, en 1900, y en su libro posteriormente publicado sobre la Cirugía del páncreas, por lo que con justicia se designa al cirujano inglés, como “el padre de la pancreatitis crónica”. (Desjardins.) (1)

(1) En su obra *Surgery of the Upper Abdomen*, Vol. II, 1914, pág. 255, Deaver y Ashurst consideran a su vez a Nicholas Senn, como “The true Father of Pancreatic Surgery”, pues en 1886 publicó sus investigaciones experimentales y clínicas con el objeto de

En Francia Desjardins, Quenu y Duval, Villar; en Alemania Kehr, Körte; en Norte América los hermanos Mayo, Deaver, &., se han ocupado del particular; que ha sido también el tema de los excelentes Informes de Michel (de Nancy), de Körte (de Berlín) y de Giordano (de Venecia), al Tercer Congreso Internacional de Cirugía celebrado en Bruselas en 1911.

En nuestra literatura quirúrgica ni siquiera se menciona esta cuestión, ya que sobre las afecciones del páncreas sólo podemos citar tres trabajos: uno del Dr. Menocal sobre un quiste del páncreas, uno del Dr. Mármol y otro del Dr. Presno sobre carcinoma de la cabeza del páncreas, los tres publicados en la *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*.

Para Kehr, de Berlín, la pancreatitis existe en 33 por ciento de sus operaciones; Mayo Robson ha encontrado la inflamación crónica del páncreas en un 60 por ciento de sus operaciones por cálculo del colédoco. Körte, de Berlín, observa en 44 casos operados o autopsiados de pancreatitis, 21 veces la coledolitiasis y una vez una colecistitis no calculosa.

William Mayo, en cambio, sobre 268 operaciones sobre las vías biliares principales ha encontrado lesionado el páncreas 18'6 por 100, solamente.

instituir un tratamiento racional por medios quirúrgicos, de algunas enfermedades del páncreas.

Queremos consignar aquí un recuerdo al ilustre Prof. N. Senn, a quien hace años tuvimos el honor de conocer personalmente a su paso por la Habana, y que se expresó de nuestros hospitales en general pero sobre todo de Covadonga, en términos inolvidables.— (Véase: *Revista de Med. y Cir. de la Habana*, año 1904, pág. 120).

W. Mayo hace notar que, sin duda por un examen más cuidadoso de la orina y de las heces, Kehr y Robson han podido hacer el diagnóstico de pancreatitis en casos que habían escapado al examen clínico habitual.

La asociación anatómica y funcional, en su desembocadura, de los conductos colédoco y pancreático, explica la coexistencia de ambas lesiones glandulares y explica también por qué la pancreatitis es mucho más rara en la litiasis de la vesícula o del cístico, que en la litiasis del hepático y del colédoco, y mucho más rara todavía cuando reconoce un origen extra-biliar, una úlcera del duodeno, por ejemplo.

La pancreatitis consecutiva a la litiasis, se localiza principalmente en la cabeza del páncreas, dando lugar a una induración que hace creer muchas veces, como a nosotros nos ha ocurrido, que existen piedras en el páncreas o que estamos en presencia de un neoplasma. Lesión esclerosante, indurativa y de marcha crónica, tales son los caracteres que distinguen esencialmente esta pancreatitis biliar, de las pancreatitis agudas: supurada, hemorrágica y necrosante o gangrenosa, complicaciones raras de la colelitiasis.

¿Cuál es la patogenia de esta pancreatitis cefálica que acompaña a la litiasis biliar? Los gérmenes infecciosos pueden llegar al páncreas por vía sanguínea: las pancreatitis que sobrevienen en el curso o a consecuencia de infecciones generales (tifoidea, sarampión, paperas, septicemia, &.); por contigüidad: pancreatitis consecutivas a úlceras del estómago o del duodeno; por vía canalicular: propagándose

la infección del duodeno al páncreas por intermedio de los conductos de Wirsung y de Santorini; por vía linfática, señalada por Mlle. Maugeret, por Arnsperger, por Quenu, por Deaver. Esta propagación linfática explicaría la infección del páncreas cuando la litiasis es vesicular, por las cadenas linfáticas contenidas en el ligamento hepato-duodenal, o directamente por los linfáticos de la vesícula que comunican con los del páncreas, como ya se había demostrado por la infección de los ganglios de la cabeza pancreática en el cáncer de la vesícula.

La marcha de la infección, del duodeno a las vías biliares y al páncreas, se explica fácilmente por la disposición especial de los conductos excretores del páncreas y del hígado. La hepato-pancreatitis canalicular, ascendente, parece crear, de una parte, la litiasis biliar, de otra, la pancreatitis; de modo que es litógena para las vías biliares y esclerógena para el páncreas.

Y para esta glándula, el sitio de elección, de predilección, mejor dicho, para la infección canalicular, es un *triángulo* (véase la Figura 21, tomada de Mayo) (1), representado por un borde superior correspondiente al conducto pancreático accesorio o de Santorini, un borde inferior que es el conducto pancreático principal o de Wirsung, y una base que corresponde al duodeno y en cuya base desembocan juntos, contiguos, en un reservorio común,—la ampolla de Vater—los conductos colédoco y de Wirsung.

(1) WILLIAM MAYO.—Collected Papers of St. Mary's Hospital, pág. 207, 1909.



FIG. 21.—Triángulo de infección pancreática. (*William Mayo*).

Estas nociones, anatómica y patogénica, eran indispensables para fijar bien el concepto del síndrome pancreático biliar y para explicarnos el por qué hay que aconsejar la exploración sistemática del páncreas en las intervenciones sobre las vías biliares profundas y la utilidad del drenaje de dichas vías profundas para curar ambas lesiones, biliar y pancreática.

El diagnóstico de la pancreatitis crónica biliar, es muy difícil, porque los signos propios de la litiasis de las vías biliares profundas, predominan en el cuadro clínico.

En estos casos, los síntomas de la litiasis, crisis dolorosas, íctero más o menos prolongado, &c., datan ya de años, de manera que la pancreatitis sobreviene con frecuencia en individuos que desde hace mucho tiempo vienen sufriendo su litiasis biliar.

En una de nuestras observaciones la antigüedad de la litiasis biliar era de quince años. En otra, la litiasis databa de dos años.

La situación anatómica del páncreas, nos explica por qué, aun cuando el páncreas esté indurado, no se aprecia el tumor casi nunca por la palpación, como casi nunca se aprecia tampoco un cálculo del colédoco por voluminoso que sea, en virtud de la situación también profunda del conducto común. Son los síntomas funcionales los que hay que buscar cuidadosamente.

El dolor, en la litiasis del colédoco corresponde a la línea media epigástrica; el dolor de la pancreatitis corresponde a cinco o siete centímetros por

encima y por fuera del ombligo, sobre la línea umbilico-axilar, que, según Desjardins, corresponde a la desembocadura del conducto de Wirsung en el duodeno.

Chauffard localiza el dolor, no en un punto, sino en una zona, "zona pancreático-coledociana" comprendida entre una línea vertical, media, y la bisectriz del ángulo recto que al nivel del ombligo forma con la vertical una línea horizontal.

Pero estas localizaciones, como el punto vesicular, como los apendiculares (Mac-Burney-Lanz-Morris), y como todos los puntos dolorosos, tienen solamente un valor relativo.

Nunca en la pancreatitis crónica reviste el dolor la agudeza excepcional, angustiosa, que en las pancreatitis agudas y que Dieulafoy llamó tan gráficamente "el drama pancreático".

El íctero puede presentarse con iguales caracteres en la obstrucción del colédoco por litiasis, y en la pancreatitis crónica. Kehr señala, sin embargo, la aparición de un íctero más intenso, verdoso, bronceado, con todas sus consecuencias: decoloración de las heces, orina muy pigmentada, prurito intenso generalizado, como indicio de la complicación pancreática, y en efecto, en nuestras observaciones también hemos podido comprobarlo.

El adelgazamiento muy marcado, sobre todo muy rápido, siempre lo hemos observado en los litiásicos con complicación pancreática. Una dilatación moderada de la vesícula biliar, la hemos observado también siempre que coincidían la litiasis biliar profunda y la pancreatitis cefálica, cumpliéndose así la ley de

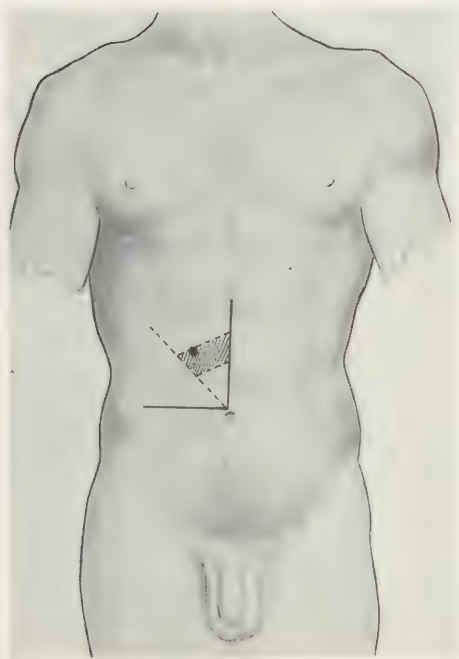


FIG. 22.—Punto pancreático de Desjardins y zona pancreático-coleciana de Chauffard.

Courvoisier-Terrier. Esta ley que permite apreciar en los casos de íctero por obstrucción, no la naturaleza del obstáculo (vesícula biliar retraída=a obstrucción calculosa; vesícula distendida=obstrucción pancreática, por neoplasmas, pancreatitis, etc.), como se creía antes, sino el *sitio del obstáculo*, conserva aquí su gran valor clínico.

Pero el diagnóstico de la pancreatitis crónica ha de hacerse, sobre todo, por el examen del valor funcional del órgano en su doble aspecto de glándula de secreción interna y de secreción externa. (Villar.)

En el primer caso, la insuficiencia de la secreción interna (al nivel de los corpúsculos o islotes de Langerhans) se manifiesta por el adelgazamiento y por la glicosuria no constante, y que en nuestras observaciones ha faltado.

En el segundo caso, la ausencia o disminución de los tres fermentos principales que el jugo pancreático conduce al duodeno, la tripsina, que actúa sobre la molécula albuminóidea; la amilopsina, que transforma los hidratos de carbono y la esteapsina, que emulsiona y saponifica las grasas, se traducirán por la diarrea grasosa, la estearrea, observada en nuestros casos.

Las cantidades relativas de grasas saponificadas y no saponificadas, son igualmente importantes de conocer (procederes de Cammidge, de Gaultier); en estado normal estas cantidades son casi iguales. En la pancreatitis aumenta la proporción de grasas no saponificadas; en cambio, en la obstrucción calculosa del colédoco, aumenta la de las grasas saponificadas. Si coexisten ambos procesos, la alteración

de las proporciones varía con el grado relativo de desarrollo de las dos afecciones y los resultados pueden ser hasta contradictorios.

En la orina, el examen de la insuficiencia de la secreción externa del páncreas, se hace principalmente por el proceder de Cammidge, que evidencia la presencia de glicerina en la orina.

El valor de esta reacción ha sido muy discutido, y hasta algunos críticos de laboratorio le han negado valor; en cambio, cirujanos de autoridad reconocida en cirugía biliar y pancreática, como Kehr, Mayo Robson, Moynihan, están de acuerdo en proclamar el valor de la reacción de Cammidge como signo de la pancreatitis crónica y Moynihan para expresar su confianza en la reacción de Cammidge, refiere un caso en que el diagnóstico clínico basado sobre el íctero bronceado, la dilatación de la vesícula y las hemorragias petequiales, era de cáncer de la cabeza del páncreas y apoyándose en el resultado de los análisis uro-coprológicos del Dr. Stewart, fué de opinión que se trataba de una obstrucción no neoplásica, por encima del ámpula de Vater. La operación demostró una úlcera del duodeno ocasionando una estrechez del colédoco y permitió curar al enfermo por la colecistenterostomía.

Un caso personal completamente análogo al de Moynihan hemos observado y tratado por colecistoyeyunostomía en 1916. Se trataba de una pancreatitis crónica no asociada a la litiasis y en el que la prueba de Cammidge era el único dato que nos alejaba del diagnóstico clínico de neoplasma. (Véase la

observación en: Resultados lejanos de intervenciones sobre las vías biliares.)

Cambridge, por el análisis de 1,500 muestras de orina procedentes de 1,475 enfermos, proclama la utilidad de esta reacción, que no será indudablemente patognomónica, ni por sí sola permitirá hacer un diagnóstico exacto, pero que asociada al conjunto de los signos clínicos y al examen de las heces, conducirá al diagnóstico de la afección pancreática.

Kehr ha buscado la reacción de Cambridge en 40 casos de afecciones pancreáticas diversas, la reacción fué positiva en 82 por ciento de los casos. Ha hecho la contraprueba en 20 casos de afecciones diversas, no pancreáticas, y no ha tenido sino un solo resultado positivo. Para Kehr, la reacción no tiene valor sino en los casos de pancreatitis crónica.

En dos casos de colecistitis calculosa con fenómenos generales graves que podían hacer suponer la coexistencia de la lesión pancreática, la reacción de Cambridge fué negativa y la operación realizada poco después permitió cerciorarnos del estado normal del páncreas. La reacción ha sido también negativa en dos casos en que la investigamos, de cáncer del hígado y en uno de cáncer del confluente hepato-colédoco-cístico.

La técnica de la reacción es muy minuciosa, y la falta de precisión en su práctica explica las diferencias señaladas por distintos observadores.

Damos la traducción exacta del proceder de Cambridge, a la que se ha ajustado para hacer su investigación nuestro distinguido colega y amigo el Dr. Recio, Director del laboratorio del Hospital Covadonga,

y que tomamos de Hagen (1), para que, como hace notar este autor, puedan los cirujanos transmitir una descripción precisa a las personas competentes encargadas del análisis.

“Veinte centímetros cúbicos de orina se mezclan a 1 c.c. de H Cl. Se hace hervir diez minutos en baño de arena. Se enfría la mezcla y se lleva a 20 c. c. exactamente, agregando agua destilada. Se añaden 4 c. c. de carbonato de plomo. Se filtra y se añaden 4 c. c. de acetato de plomo tribásico en polvo. Se refiltra hasta que el líquido sea absolutamente claro: *este punto es esencial*, pues todo el resto de la reacción podía ser alterado si se filtrase mal el líquido. Se agregan ahora 2 c. c. de sulfato de sosa, se agita, se hierve y se refiltra. Se toman 10 c. c de este filtrado, bien frío; se agregan 8 c. c. de agua destilada, después 0 cmc, 8 de clorhidrato de phenilhidrazina, 2 c.c. de acetato de sosa, y 1 c. c. de ácido acético a 50 por 100. Se hierve todo durante diez minutos sobre el baño de arena. Se filtra en caliente en una copa. Los cristales característicos comienzan a depositarse ya inmediatamente, y al cabo de varias horas (hasta doce horas). Estos cristales de Cammidge son de color ambarino y nadan en el líquido: al microscopio se presentan bajo forma de rosas o de agujillas, de color amarillo franco; se disuelven en ácido sulfúrico a 33 por 100.”

Los cristales de Cammidge indican una alteración interna del páncreas, al nivel de los islotes

(1) HAGEN, *Beitrag zur Klin. Chir. Journal de Chir.*, No. 4, pág. 442, 1909.

de Langerhans, por irritación directa o refleja. (Taft.) (1)

Reconocida la asociación de la pancreatitis y de la litiasis biliar, diagnosticado el síndrome pancreático biliar, vamos a decir dos palabras sobre su pronóstico y tratamiento.

No hemos de esforzarnos en señalar la mayor gravedad del pronóstico de esta asociación morbosa, que agrava a su vez el pronóstico de las operaciones biliares. A los fenómenos de insuficiencia hepática y de infección biliar consecutiva a la litiasis, se añadirán ahora las alteraciones que produce la insuficiencia pancreática y que exponiendo al enfermo a los temibles accidentes de las hemorragias colémicas o de la caquexia pancreático-biliar, o a una diabetes mortal, por atrofia del páncreas, hacen urgente la necesidad de la intervención quirúrgica, tan pronto el diagnóstico del síndrome se haya realizado. Aquí, como en la litiasis del hepato-colédoco, si la mortalidad operatoria en estos casos es todavía elevada, los contemporizadores, como hace notar Quenu, son más responsables que los cirujanos.

Así como en la pancreatitis aguda, hemorrágica, necrosante, o supurada, hay que actuar directamente sobre el páncreas, en la pancreatitis crónica basta la intervención sobre las vías biliares.

El *Hepaticus Drainage*, de Kehr, nos proporciona un recurso admirable contra la infección de las vías biliares y contra la pancreatitis crónica conco-

(1) TAFT PILCHER.—Studies of Pancreatitis and the Pancreatic reaction of Cammidge. *Annals of Surgery*, pág. 89, 1910.

mitante, permitiéndonos derivar hacia el exterior durante cierto tiempo la bilis infectada.

El drenaje de las vías biliares por colecistostomía, preconizado por Mayo Robson y practicado actualmente por muchos cirujanos, es una operación benigna, pero de eficacia mucho menor que el drenaje del hepático, operación más difícil pero más racional y completa y cuyo pronóstico ha mejorado notablemente por los progresos de la técnica; siendo en la actualidad la operación de elección en estos casos.

En la operación de Kehr, después de explorar las vías biliares profundas, el páncreas y el duodeno, y de extraer los cálculos por coledocotomía, se extirpa la vesícula biliar y se establece, como debe hacerse siempre después de toda coledocotomía, el drenaje temporal de la bilis séptica, al través del conducto hepático. Esta derivación de la bilis produce la regresión de la induración pancreática y la desinfección del árbol biliar, obteniéndose la curación con bastante rapidez.

OBSERVACIONES

Litiasis de las vías biliares profundas.—Angiocolitis por obstrucción calculosa del colédoco y pancreatitis crónica.—Reacción de Cammidge positiva.—Comprobación del diagnóstico por la operación.—Drenaje del conducto hepático por coledocotomía.—Curación.

OBSERVACIÓN 1ª.—La Sra. Adela T. de B., natural de Camagüey, de cincuenta años, casada, múltipara, tuvo su último embarazo en 1896 y durante

él recuerda que se le presentó ictericia, como de un mes de duración.

En Abril de 1899, sufrió un cólico hepático y desde entonces los cólicos han repetido con intervalos de seis o siete meses, hasta hace un año, que se hicieron más frecuentes, y últimamente aparecían cada ocho o diez días. Todas estas crisis dolorosas se han acompañado de fiebre y de íctero; nunca ha expulsado cálculos ni arenillas.

A fines de Septiembre de 1914, se inicia una nueva crisis dolorosa seguida de fiebre, íctero, decoloración de las materias fecales y prurito intenso. El tratamiento prescrito por distintos médicos de la localidad, Ciego de Avila, y de la Habana, pues la enferma vino aquí a ponerse en tratamiento, fué infructuoso. Los dolores eran constantes. Los accesos febriles, precedidos de escalofríos prolongados, llegaban a alcanzar 41° de temperatura, y hasta repetían dos accesos en las veinticuatro horas. El estado general de la enferma se agravaba, y su médico entonces, nuestro amigo y compañero Dr. José A. Olazábal, la hizo venir a la Habana para que la operásemos.

Estado actual.—La paciente se encuentra en extremo debilitada, su enflaquecimiento es grande. Presenta un íctero intenso, bronceado, generalizado. El prurito molesta mucho a la enferma, sobre todo por las noches. La temperatura en el momento del examen es de 39°. Pulso, 120.

El examen de la región de las vías biliares es difícil por la defensa muscular y por el dolor intenso que provoca la palpación del colédoco y la presión en el punto pancreático de Desjardins. Se nota ade-

más la vesícula aumentada de volumen como un tumor piriforme. Las heces están decoloradas. La orina escasa, color de caoba, con vestigios de albúmina, urato de sosa, tirosina, algunos hematies, algunos leucocitos y epitelio plano muy abundante y algunas células de la pelvis renal.

Investigada por el Dr. Recio, la reacción de Cammidge, el resultado es positivo.

Diagnóstico.—Síndrome pancreático biliar por obstrucción calculosa del colédoco. La palpación de un tumor piriforme formado por la vesícula biliar, nos indicaba, según la ley formulada por Courvoisier y Terrier, que en la obliteración del conducto colédoco intervenía el páncreas.

Tratamiento.—La necesidad de una intervención quirúrgica es urgente, y sólo aplazamos unas horas la operación, para preparar la enferma con inyecciones de aceite alcanforado, suero, y plata y rodio coloidales. Al día siguiente, 29 de Noviembre, por la mañana, procedíamos a operarla en la Clínica Covadonga. En el momento de la operación, la temperatura era de 40°. Anestesia por el Dr. Prieto, iniciada con cloroformo y sostenida durante el curso de la operación con éter. La enferma descansa sobre un soporte colocado a la altura del vértice de los omóplatos para obtener la lordosis dorso-lumbar.

Incisión mixta, vertical en la línea media epigástrica y prolongada oblicuamente hacia arriba, hacia el reborde costal.

El hígado es atraído hacia arriba y exteriorizado, por sección del cordón fibroso de la vena umbilical.

Palpamos en seguida la vesícula, bastante au-

mentada de volumen y distendida por líquido solamente; seguimos explorando el cístico, que tampoco contenía cálculos, y desprendiendo adherencias de estos órganos con el ángulo hepático y la porción transversa del colon, llegamos al hilio del hígado y apreciamos los cálculos que llenan los conductos hepático y colédoco.

Comenzamos por extirpar de arriba a abajo la vesícula y el cístico; ligamos éste al ras del colédoco e hicimos una coledocotomía, teniendo necesidad de movilizar un poco hacia abajo el duodeno, por descender los cálculos hasta la porción retro-duodenal del colédoco. Se extraen cinco cálculos que ocupan toda la altura del hepático-colédoco. (Fig. 23). Explorado con una sonda metálica el trayecto retro-pancreático del colédoco comprobamos que no hay más cálculos. Se aprecia a la palpación una hipertrofia de la cabeza del páncreas, con núcleos tan duros que parecían cálculos en el parénquima glandular.

Estrechada la incisión del colédoco con algunos puntos de sutura, se deja colocado un drenaje intra-hepático con un tubo de caucho número 20. La vesícula de paredes gruesas contenía bilis como un mucus decolorado.

La operación, realizada con el concurso de los Dres. Toñarely y Valle, ha durado 45 minutos. Transportada la enferma a su cama, se la coloca como tenemos por costumbre en todas las grandes operaciones abdominales, en posición de Fowler, y se la inyecta por proctoclisia suero glucosado, e hipodérmicamente, electrargol y aceite alcanforado. La tar-

de misma de la operación la temperatura es de 36°. Y en adelante, la temperatura oscila entre 36° y 37°, hasta el quinto día que asciende a 37'8 por una picadura hipodérmica en un muslo, que se vuelve roja y dolorosa, y que desaparece con aplicaciones húmedas, calientes.

El examen de la orina recogida del segundo al tercer día después de la operación, era el siguiente:

Densidad, 1,022; color, amarillo; cromógeno, normal; aspecto, turbio; reacción, ácida; cantidad, 600 cc.; acidez, en Ph^{205} , 1.64; extracto seco, 51.26 por litro; residuo mineral, 1,553 por litro.—*Elementos normales*: Urea, 5,88; cloruros (en Cl. Na.), 0.48; fosfatos (en Ph^{205}), 1.71; sulfatos (en S O^3), 2.64; coeficiente de desmineralización, 209%; relación del ácido fosfórico a la urea, 1/3; relación de los cloruros a la urea 1'3.—*Elementos anormales*: Núcleo-albúmina, mucina e histona, contiene; albúmina, globulina y serina, contiene vestigios; proteosas, albumosas y peptonas, no contiene; glucosa, no contiene; pigmento hemático, no contiene; pigmentos biliares, contiene; indicana, contiene; indigorrubina, no contiene.—*Examen microscópico*: No organizado, urato de sosa; sangre, algunos hematies; pus, algunos leucocitos; epitelio, plano abundante; cilindros "hialinos" "granulosos" "epiteliales".

La cantidad de orina eliminada se mantuvo casi invariable hasta once días después de la operación, que alcanzó 700 grs. aumentando luego hasta llegar a 1,000 gramos a los veinte días y manteniéndose después en esta cifra. A los siete días de la operación, el análisis era:

Densidad, ,015; color, rojo; cromógeno, aumentado; aspecto, turbio; reacción, ácida; cantidad recibida, 700 cc.; acidez (en Ph^{205}), 1,02; extratco seco, 34.95 por litro; residuo mineral, 8.20 por litro.—*Elementos normales*: Urea, 11.65; cloruros (en Cl.

Na.), 0.56; fosfatos (en Ph^{205}), 1.36; sulfatos (en S^{03}), 1.26; coeficiente de desmineralización, 20%; relación del ácido fosfórico a la urea, 1/8; relación de los cloruros a la urea, 2'0.—*Elementos anormales*: Núcleo-albúmina, mucina e histona, contiene vestigios; albúmina, globulina y serina, contiene trazas; proteosas, albumosas y peptonas, no contiene; glucosa, no contiene; pigmento hemático, no contiene; pigmentos biliares, contiene; indicana, no contiene; indigorrubina, no contiene.—*Examen microscópico*: No organizado, Urao de sosa; sangre, algunos hematies; pus, algunos leucocitos; epitelio, plano sumamente abundante; cilindros, no se encuentran.

A los veinte días, el análisis de orina fué el siguiente:

Densidad, 1,018; urea, 21.09; cloruros (en Cl. Na.), 1.50; núcleo-albúmina, mucina e histona, contiene trazas; albúmina, globulina y serina, contiene trazas; pigmentos biliares, contiene vestigios; indicana, contiene. No se encuentran elementos renales.

A los veinticinco días era dada de alta la operada (Diciembre 24 de 1914).

La cantidad de bilis eliminada por el drenaje del hepático y recogida por un tubo de goma en un recipiente, con una solución antiséptica previamente medida, fué:

Del primero al segundo día.....	600	gramos.
„ segundo al tercero.....	400	„
„ tercero al cuarto.....	250	„
„ cuarto al quinto.....	250	„

Y lo mismo hasta el décimo día que se suprimió el drenaje del hepático.

Durante los cuatro primeros días inyectamos diariamente extracto hepático, por vía hipodérmica.

Una vez suprimido el tubo drenaje del hepático,

aplicamos una mecha de gasa para drenar el trayecto desde el colédoco hasta la herida parietal y a los veinte días de la operación suprimimos también la gasa, por haberse cerrado la fístula biliar.

La señora quedó radicalmente curada de su antigua enfermedad.

OBSERVACIÓN 2ª—Srta. A. M., de 21 años de edad, vecina de esta capital. No tiene antecedentes patológicos, hereditarios ni personales, dignos de mención.

Hará dos años que está enferma, siendo la primera manifestación de su enfermedad actual una crisis dolorosa de cólico hepático. Después experimentó perturbaciones digestivas que la obligaron a un tratamiento incesante.

Desde Julio hasta Septiembre de 1914, sufrió muchos cólicos hepáticos, que se sucedían, primeramente, dos o tres veces en el mes, y después cada seis o siete días. Los cólicos se acompañaron siempre de vómitos y de fiebre, y de expulsión de arenillas en las heces fecales varias veces.

El día 27 de Septiembre de 1914, tuvo una crisis dolorosa muy intensa, febril, con dolor exclusivamente localizado a la línea media epigástrica y cuya crisis se prolongó por espacio de diez días. La ictericia fué pasajera y poco marcada.

Y así pasó un período de cinco meses, sin dolores intensos, pero siempre con molestias en su región epigástrica y con trastornos dispépticos constantes, que comprometiendo su nutrición, la condujeron a un estado de adelgazamiento extraordinario. Sus períodos menstruales duraban un día.

A principios de Marzo de 1915, nuevo ataque de cólico hepático, con fiebres hasta de 40° precedidas de escalofríos prolongados; vómitos, íctero que iba acentuándose y prurito generalizado que llegó a ser intolerable. La decoloración de las materias fecales era completa. Sialorrea exagerada.

La orina, ictérica, daba el siguiente análisis:

Densidad, 1,020. Color, amarillo-rojo. Cromógeno, aumentado. Aspecto, turbio. Reacción, ácida.

EXAMEN QUÍMICO

Elementos normales:

Cantidad en grs. por litro.

Acidez en S O ³	
Urea	10.92
Cloruros	11.40
Fosfatos	1.72
Sulfatos	1.90
Extracto seco $\times$ 1,000.....	46.60
Residuo mineral $\times$ 1,000.....	18.64

Relaciones existentes:

Muestra.

Normal.

Coefficiente de desmineralización.....	40%	36%
Relación del ácido fosfórico a la urea..	1.6	1.7
„ de los cloruros a la urea.....	exceden	1.2

Elementos anormales:

Albúmina, globulina y serina, no contiene. Núcleo-albúmina, mucina e histona, no contiene. Proteosas, albumosas y peptonas, no contiene. Glucosa, no contiene. Pigmento hemático, no contiene. Pigmentos biliares, contiene (muy bien señalados). Indicanina, contiene. Indigorrubina, no contiene.

EXAMEN MICROSCÓPICO

Sedimento centrifugado:

No organizado, Urato de sosa y Oxalato de cal. Sangre, no contiene. Cilindros, no contiene. Leucocitos, algunos. Epitelio, plano abundante.

Por el examen de las materias fecales se comprobó una stearraea muy abundante y la prueba de Cammidge, en la orina, dió al Dr. Recio, que la investigó, una reacción muy positiva.

Fué entonces, con este cuadro, cuando vimos por primera vez a esta enferma, planteándose la necesidad imperiosa de la intervención quirúrgica.

Diagnóstico.—Obstrucción calculosa, crónica, del conducto colédoco; pancreatitis crónica.

Operación.—La operación fué realizada en el sanatorio Covadonga, el día 3 de Abril de 1915, con el concurso valioso de los Dres. Toñarely, Muñiz y Prieto.

Anestesia por el éter, como debe hacerse en las afecciones hepáticas y pancreáticas. Incisión combinada, del hipocondrio derecho. Posición en lordosis dorso-lumbar.

Incindido el colédoco, muy dilatado, se extrajo un cálculo, único, voluminoso, que obturaba por completo la luz del conducto y situado abajo en su porción retro-duodenal; se pudo movilizar el cálculo y hacerlo salir por la incisión del conducto. (Fig. 24.)

Extirpamos la vesícula biliar y el conducto cístico, y estrechada la incisión del colédoco, con dos puntos de sutura, se colocó un drenaje dentro del con-

ducto hepático con un dren de caucho número 20. La cabeza del páncreas estaba engrosada e indurada.

La bilis recogida en el momento de la operación y analizada por el Dr. Recio, contenía gran cantidad de colibacilos.

Transportada la enferma a su cama, se la coloca en posición de Fowler, y se la somete al tratamiento post-operatorio de las grandes intervenciones abdominales: inyecciones hipodérmicas estimulantes y proctoclisís de Murphy con suero glucosado. La cantidad de bilis eliminada por el drenaje del conducto hepático, fué de 1750 gramos de bilis, en los seis días que duró la aplicación del tubo drenaje.

La eliminación se realizó así:

Del 1º al 2º día, 400 grs.	Del 4º al 5º día, 350 frs.
Del 2º al 3º „ 350 „	Del 5º al 6º „ 200 „
Del 3º al 4º „ 250 „	Del 6º al 7º „ 200 „

La fístula biliar cerró rápidamente; a los doce días no existía. La operada fué reponiéndose gradualmente, y el día 2 de Mayo, a los 19 días de la operación, salía de la Clínica. En la actualidad se encuentra admirablemente; ha ganado mucho de peso y su digestión es perfecta.

Un año después de esta intervención la señorita M. contrajo matrimonio. Salió después embarazada y dió a luz con felicidad un niño. Al año tuvo otro parto. En este segundo embarazo sufrió una pielonefritis.

La cicatriz se mantiene muy sólida.

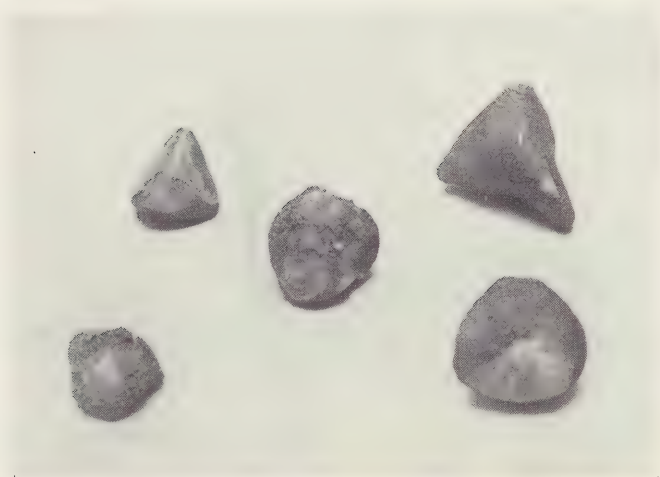


FIG. 23.—Cálculos del hepato-colédoco.



FIG. 24.—Cálculo solitario del colédoco.

LA PERFORACION AGUDA DE LA ULCERA GASTRICA

La perforación aguda de la úlcera gástrica es la complicación más temible de esta frecuente enfermedad; afortunadamente, no es la perforación accidente muy frecuente en el curso de la úlcera del estómago. Para Leube, sólo aparece en el 1 por 100 de los casos; para Brinton en el 13 por 100; para Gould en el 25 por 100. En una *enquête* realizada por Michaux en los hospitales de París, la úlcera del estómago se perfora en una proporción de 3 a 5 por 100. En la Clínica Covadonga, durante un período de doce años, sólo se ha registrado este accidente en cinco casos pertenecientes a distintos cirujanos de la Clínica o extraños a ella. (1912 a 1914.)

Que el tratamiento de esta complicación, como el de todas las perforaciones del tubo digestivo, tiene que ser quirúrgico, es ya axiomático. Y aunque a primera vista parezca por lo tanto supérfluo tratar de este particular, en la práctica dista mucho de serlo.

La peritonitis generalizada que sigue rápidamente a la perforación aguda, impone una intervención de *urgencia*. Este es el punto capital sobre el que es necesario insistir, porque, como hace notar Finsler, la salvación del enfermo en muchos de estos casos depende más que del cirujano, del médico que debe saber hacer un diagnóstico precoz. Así como la doctrina de la intervención precoz en la apendici-

tis se ha divulgado bien entre los médicos exclusivamente internistas y se acepta ya hasta por el público, hay que aconsejar también a los médicos que preven- gan a sus enfermos de úlcera gástrica que están ex- puestos a la perforación y que si este accidente les ocurriese algún día, deben acudir sin retardo alguno a un cirujano. En una discusión sobre este particu- lar en la Sociedad Berlinesa de Medicina, Mertens refirió el caso de un enfermo de úlcera así prevenido, que bruscamente atacado un día, en la calle, de dolo- res sobreagudos en su abdomen, se hizo transportar en el acto a una clínica quirúrgica y una hora después del accidente era operado de su perforación y curó.

Las intervenciones por perforación de úlcera gás- trica datan de 1884, en que Mickulicz realizó la pri- mera, perdiendo su enfermo, tres horas después de operado, por colapso. Después siguieron otras ope- raciones del mismo Mickulicz, de Czerny y otros, to- das sin resultado. Heusner, en 1892, obtuvo el pri- mer éxito, único obtenido hasta entonces en un con- junto de 35 operaciones, desde 1884 hasta 1892. En Inglaterra, diversos cirujanos operaron sin éxito perforados del estómago y fué Gilford el primero que salvó un enfermo en estas condiciones en 1893. Se- gún Finney, en Norte América la primera operación por úlcera perforada la practicó Weir y el primer éxito lo obtuvo Atherton en 1893. Posteriormente se han ido obteniendo resultados cada vez más hala- güeños, porque se operaban precozmente estos pa- cientes, es decir, a las pocas horas de efectuada la perforación.

En Cuba, hemos publicado el primer caso (1) que registra nuestra literatura médica. En la Academia de Ciencias Médicas, sesión del 26 de Noviembre de 1908, tuvimos el honor de presentar el operado. Y aunque en la *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, número del 10 de Enero de 1904, aparece un artículo de los Dres. Fortún y Córdova, "Un caso de úlcera perforante del estómago", aquí la perforación fué un hallazgo de autopsia.

En 1913, el Dr. Nogueira refirió en la Sociedad de Estudios Clínicos dos casos por él operados, uno dentro de la primera hora del accidente, seguido de éxito, y otro sin resultado, a las seis horas de la perforación.

Después de nuestra comunicación a la Academia en 1908, hemos tenido ocasión de operar en la Clínica de Covadonga dos casos más, también de úlcera perforada de la pared anterior, uno en 27 de Octubre de 1911 y otro en 8 de Abril de 1914.

OBSERVACIÓN 1ª—Rufino F., de 38 años de edad, panadero, dispéptico antiguo, ingresa en Covadonga el 22 de Septiembre de 1908. Refiere el enfermo que hacia las cuatro de la tarde fué súbitamente atacado de dolor intenso epigástrico y de vómitos incesantes. La temperatura era de 37°6, 120 pulsaciones por minuto. Gran defensa muscular del epigastrio con sonoridad a la percusión, y sonido mate en el hipogastrio. Facies peritonítica. Operamos al enfermo a las seis horas de ocurrida su per-

(1) *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*. Diciembre 10 de 1908.

foración, auxiliado por los Dres. Soto y Serra. Perforación de la cara anterior del estómago, por cuyo orificio cabe el dedo índice. Sutura en dos planos del estómago, reforzada por una epiploplastia. Limpiamos y secamos la cavidad peritoneal; drenaje. Curación sin incidentes.

OBSERVACIÓN 2^a.—A. C., de Asturias, de 30 años de edad, dependiente de comercio, ingresa en Cova-donga el día 27 de Octubre de 1911, por un dolor intenso en el vientre, acompañado de vómitos. Dos días llevaba este enfermo a dieta por no encontrarse bien. Nos refiere que hasta entonces no había padecido de su estómago, que su digestión era normal. Presentaba cuando le examinamos el cuadro clínico de una peritonitis generalizada, con el abdomen tan doloroso que hacía casi imposible su exploración. El máximo de dolor parecía corresponder al lado derecho en la vecindad del ombligo.

En la operación realizada con el concurso de los Dres. March (anestesia) y Muñiz, fuimos directamente sobre el apéndice que se suponía perforado, por parecernos más acentuada la defensa muscular en la fosa ilíaca derecha. Al abrir el peritoneo salió al exterior una serosidad turbia; pero el apéndice, aunque muy congestionado, no parecía ser la causa de aquella peritonitis. Incindimos entonces el epigastrio y al descubrir el estómago vemos la perforación, pequeña como un guisante, de su pared anterior, a unos cuatro centímetros del píloro. Fué cerrada la perforación incluyendo la úlcera, invaginándola por medio de dos planos de sutura. La opera-

ción, realizada seis horas después del accidente, fué seguida de éxito.

OBSERVACIÓN 3ª—El día 8 de Abril de 1914, fuimos solicitados por nuestro ilustrado compañero el Dr. Grande Rossi, para ver un enfermo, Capitán J. M. T., cubano, al que hacía tiempo venía asistiendo de úlcera del estómago y que aquel mismo día, poco después de almorzar, presentaba los signos de una perforación aguda. Tal fué el diagnóstico del compañero y de ahí la junta para decidir el único tratamiento posible: la intervención operatoria. Así fué, en efecto: a las cinco horas del accidente operábamos este enfermo en Covadonga, auxiliados por los Dres. Prieto (anestesia) y Muñiz. Perforación muy pequeña de una úlcera de la pared anterior y al nivel de la corvadura menor. La intervención realizada a las cinco horas de la perforación, fué también seguida de éxito.

El factor principal del éxito en estos casos, es la intervención precoz. Según Heaton, la operación en las 12 primeras horas daba una mortalidad de 28'5 por 100.

De 12 a 24 horas 63'5 por 100.

De 24 a 36 horas 87'5 por 100.

De 36 a 48 horas 100 por 100.

La operación inmediata, ha permitido a Sinclair Kirk obtener en once enfermos once éxitos.

La perforación aguda se realiza la mayor parte de las veces en las úlceras de la pared anterior del estómago, en la región que los americanos llaman "zona de las úlceras", esto es, hacia la parte media

de la corvadura menor. Así ha sucedido en nuestros casos.

En las observaciones 1ª y 3ª, los síntomas de la perforación—dolor brusco, atrozmente intenso en el epigastrio, rigidez y contractura de defensa de los músculos rectos anteriores por encima del ombligo, aspecto peritonítico de la facies, estado de *shock*—y el pasado dispéptico de los enfermos eran tan evidentes, que el diagnóstico no dejaba lugar a dudas.

En la observación 2ª nos indujo a error de diagnóstico la defensa muscular más acentuada hacia la derecha del ombligo y la ausencia de trastornos gástricos anteriores.

Como hemos dicho al principio de este trabajo, la perforación aguda debe operarse urgentemente, aunque el enfermo se encuentre en estado de *shock* inicial. Por grave que parezca el caso, no debe esperarse a levantar sus fuerzas, porque ese *levantamiento* puede y debe hacerse durante la anestesia y durante la operación, con inyecciones masivas de suero caliente, aceite alcanforado, etc.

La técnica operatoria debe ser tan sencilla como corresponde a estos casos, en los que hay que tener bien presente el precepto de Murphy de “entrar pronto y salir de prisa del peritoneo”. Buscar la perforación, cerrarla, suturarla, secar el peritoneo; he ahí todo. Nada de excisión de la úlcera, ni de gastroenterostomía, como proponen y practican algunos cirujanos. La situación es apurada y el estado del enfermo no permite maniobras lentas y complicadas; hacer la oclusión de la úlcera con dos planos de sutura—invaginación o *infolding* de Mayo—y utilizar

después el epiploon mayor para reforzar la sutura gástrica.

Cerrada la perforación, hay que proceder a la *toilette* del peritoneo. Nos colocamos en el grupo de cirujanos que pudiéramos llamar *seco*. Nada de lavados intraperitoneales; limpieza en seco de los fondos de saco peritoneales y de las asas intestinales con gasa esterilizada, humedecida ligeramente con peróxido de hidrógeno, y drenaje con un tubo de caucho y una tira de gasa.

Se ha recomendado completar la intervención por una gastro-enterostomía posterior, por la posibilidad, sobre todo en las úlceras del píloro, de una estenosis producida por la sutura.

Braun practicó por primera vez en 1893 esta operación, en un caso de úlcera perforada en el que por la friabilidad de los tejidos le fué imposible aproximar los bordes de la perforación. Obturó ésta con un colgajo epiplóico y practicó la gastro-enterostomía, salvando a su enfermo.

Con razón dice Mayo Robson, que no es posible formular una regla general sobre este asunto, porque la gravedad puede ser tanta que no dé tiempo para practicar la gastro-enterostomía.

Mertens, en 18 casos operados por él en Berlín, no ha observado esa complicación de estenosis provocada por la sutura. Tampoco la hemos observado en dos de nuestros casos; el segundo lo hemos perdido de vista. El sujeto de la primera operación, dos años después, residía en Asturias, sin presentar fenómenos de retención gástrica. El sujeto de la 3ª observación tiene varios años de operado, reside en

esta capital y le vemos con frecuencia; tampoco ofrece estenosis de su píloro.

En síntesis: en estos casos, a lo que debe atender sobre todo el cirujano, es a la *perforación* y su secuela inmediata la *peritonitis*; el tratamiento de la úlcera (excisión, gastro-enterostomía, etc.) podrá realizarse más tarde cuando el paciente no constituya un caso de *urgencia* y si los síntomas propios de la úlcera obligan a intervenir.

Un tratamiento post-operatorio adecuado ayudará a defender al enfermo contra el *shock* y la infección peritoneal: inyecciones de nucleinato de sosa, de aceite alcanforado, de plata y de rodio coloidal, etcétera; y, sobre todo, la posición semisentada de Fowler y la proctoclisia de Murphy con suero glucosado, prestarán el mayor beneficio.

PSEUDO-MIXOMA

O ENFERMEDAD GELATINOSA DEL PERITONEO, DE ORIGEN APENDICULAR

Con los nombres de *Enfermedad gelatinosa del peritoneo*, como la designó Pean, en 1871, o de *Pseudo-mixoma del peritoneo*, como la denominó Werth, en 1884, siendo esta denominación la que más se ha divulgado, se designa una afección de la gran serosa en la cual se encuentra la cavidad abdominal llena de una sustancia filante, mucosa, parecida a la gelatina, y cuya patogenia, todavía oscura, comienza a dilucidarse por el examen detenido de las observaciones publicadas. Lo que más ha contribuido a aumentar la confusión sobre este particular, es el empleo simultáneo que se hace en las historias clínicas, de los términos *materia coloide* y *materia mucinosa* para designar el aspecto gelatiniforme de la materia derramada en el peritoneo; cuando el origen de ambas materias es tan distinto y tan distinto su pronóstico.

Hay que separar completamente de la llamada enfermedad gelatinosa o pseudo-mixoma del peritoneo, los casos debidos a ruptura o metástasis de quistes del ovario de contenido *coloide*, pues estos ingertos peritoneales constituyen el antiguo y bien conocido cáncer coloide del peritoneo. Por ello separamos también las observaciones, en las que, como en la de Hueter, la degeneración coloide del peritoneo era consecutiva a un neoplasma del apéndice.

El pseudo-mixoma del peritoneo se había observado a consecuencia de la ruptura de quistes mucoides del ovario, pero su origen apendicular no fué señalado sino por vez primera, por Fraenkel, de Hamburgo, en 1901. Fué un hallazgo de autopsia en un viejo de setenta y nueve años. El apéndice perforado en un punto, estaba distendido, lleno de materia mucinosa y en la fosa ilíaca y en la pelvis existían masas análogas de gelatina.

Desde el caso de Fraenkel, nuevas observaciones han sido publicadas. Lejars (1), en 1912, reúne 16 casos, a los que añade 3 observaciones personales. Los 16 casos pertenecen a Lubarsch, Nager, Merkel, Oberndorfer (3 casos), MacConell, Neumann, Chavannaz, Goldtshwend, Trotter, Moore, Honecker, Cramer, Malpas y Lostalot. Después se registran nuevos casos en la literatura médica.

En resumen, el pseudo-mixoma peritoneal de origen apendicular, es una reacción especial de la serosa, producida por el derrame en su interior, del contenido de quistes mucinosos del apéndice.

Estos *quistes y dilataciones quísticas* del apéndice, que Elbe (de Rostock) estudió en 1909, en un trabajo de conjunto en el que reunió 150 observaciones publicadas, son debidos “a una obliteración completa de su luz, a una distancia variable de la extremidad libre del vermiun; su contenido, líquido mucoso, es estéril o contiene raros microbios; su pared presenta la estructura del apéndice normal, pero con las distintas tunicas aplastadas, y la mucosa casi desprovista de elementos linfoides. Según Elbe, tales quistes no se producen en los apéndices obliterados

e inflamados crónicamente, sino cuando la secreción del líquido mucoso segregado es retardada o impedida por las alteraciones de los vasos linfáticos del meso". (Bérard y Vignard.) (2)

En la obra de Kelly sobre apendicitis (3), se describen también bajo el rubro de *Residual Appendicitis*, estos quistes por retención y estos divertículos del apéndice producidos por la obliteración de su cavidad. Pero ni Elbe ni Kelly hablan de la ruptura de estos quistes que ocasiona la "enfermedad gelatinosa", o "pseudo-mixoma" del peritoneo, cuya primera observación se debe a Fraenkel, de Hamburgo, como ya hemos dicho.

El proceso de formación de estos quistes es evidentemente muy lento y requiere dos condiciones esenciales (Bailey) (4):

1ª Obliteración *gradual* de una porción de la cavidad del apéndice por cualquier agente. (Cuando la obliteración es brusca, la interrupción de la circulación produce la gangrena del apéndice.)

2ª Que el contenido del apéndice distendido, quístico, sea estéril o casi estéril.

El análisis químico de la sustancia gelatiniforme ha sido realizado por Sarvonat: nos indica que está constituida por mucina, con trazas de grasa y de colessterina y no por sustancia coloide.

La cantidad derramada es muy variable, según las observaciones. En la enferma de Moore, había medio litro de gelatina en la cavidad abdominal, y en una observación de Nager, el contenido gelatiniforme, que invadía el epiploon, mesenterio, asas delgadas, daba al abdomen un aspecto abombado.

Es probable que cuando el mucus pase lentamente al través de una perforación pequeñísima del apéndice, el derrame mucinoso sea pequeño y hasta dispuesto en forma de vesículas o de esférulas, al paso que cuando el quiste mucinoso del apéndice es grande y su contenido se vierte por ruptura o por una amplia perforación de su pared, el derrame se haga en una masa amorfa, que recuerda el verdadero mixoma.

OBSERVACIONES PERSONALES

OBSERVACIÓN 1ª—Srta. Matilde C. y S., de la Habana, de 22 años, de edad. Tiene una antigua historia de alteraciones digestivas, que han afectado notablemente su estado general. Se alimenta muy poco, porque la molesta mucho la sensación de plenitud que experimenta durante la digestión, acompañada de regurgitaciones y de náuseas. La constipación es muy pertinaz. En su fosa ilíaca derecha siente un malestar constante, que a veces se exagera y la obliga a guardar cama.

Al examen local, aparte del dolor provocado por la presión en la fosa ilíaca derecha, no se nota ningún otro síntoma. Por parte de la esfera genital, los períodos menstruales son abundantes pero no dolorosos. El cuadro clínico correspondía a una apendicitis crónica y con ese diagnóstico fué operada.

La operamos en la Clínica Covadonga el 20 de Diciembre de 1913, auxiliado por los doctores Muñoz y Prieto, (anestesia).

Al incindir el peritoneo, se observa la región ceco-
apendicular cubierta por una capa de bolsas o quistes
que velaban el intestino y que al romperse daban
salida a una verdadera gelatina. El ámpula cecal y
el apéndice se encontraban en medio de aquellas
masas gelatinosas. El apéndice, de ocho centímetros
de longitud, y extraordinariamente engrosado, for-
maba un tumor quístico, que en su cavidad contenía
la misma sustancia gelatinosa, transparente, que le
rodeaba al exterior. En la cavidad de este apéndice,
enorme por su volumen, cabían dos dedos juntos.

La enferma, después de la operación, curó de
sus trastornos dispépticos, que indudablemente obe-
decían a su apendicitis quística, crónica.

OBSERVACIÓN 2^a—Sra. Amalia S. de G., de la
Habana, de 38 años de edad, múltipara. Cuando
vimos a esta señora, hacía más de veinte y cuatro
horas que se encontraba sufriendo un ataque severo
de apendicitis, con dolor acentuado en su fosa ilíaca
derecha, defensa muscular, vómitos, temperatura de
38 y 94 pulsaciones. Aconsejada la operación inme-
diatamente, la realizamos en la Covadonga el 12 de
Agosto de 1916. Abierta la cavidad abdominal, en-
cuéntrase el epiploon engrosado y adherido al ciego
y al apéndice, a los cuales cubría; al separarle, quedó
libre una masa mucilaginosa que se infiltraba también
en el gran epiploon y que contenía unas como ve-
sículas o vacuolas condensadas. Detrás del apéndice
había un pequeño foco de pus.

El apéndice fué extirpado, era de grandes di-
mensiones, unos 12 centímetros de longitud, muy
grueso y contenía interiormente la misma sustancia

muco-gelatinosa. Las paredes y la mucosa del vermis se encontraban muy congestionadas. La mucosa tenía placas hemorrágicas intensas.

Se desinfectó el foco, se aplicó un drenaje y la curación se realizó sin incidentes.

OBSERVACIÓN 3ª—Srta. María C., de 28 años de edad, vecina de Placetas. Nos refiere que ha sufrido ya tres ataques de apendicitis aguda con el cuadro clásico de la afección y el último, que no hace todavía un mes que lo pasó, fué más intenso que los dos anteriores. Viene decidida a someterse a la intervención quirúrgica, que ya le han aconsejado los médicos de su pueblo.

Estado actual: la enferma, de buena constitución, se encuentra bien en la actualidad, únicamente la molesta su constipación obstinada. Al examen de su fosa ilíaca, acusa ligero dolor en el punto de MacBurney.

Operamos a la enferma en la Covadonga el domingo 18 de Marzo del corriente año. El apéndice, corto, pero abultado y muy tenso, daba la sensación quística y cerca de su implantación cecal tenía un divertículo, como un pequeño quiste, del volumen de una avellana. Fué extirpado el apéndice y el líquido contenido en su cavidad era una materia espesa, transparente, gelatinosa. Curación sin incidentes.

El pequeño quiste de la base, era un divertículo de la mucosa apendicular que había separado las fibras musculares del apéndice y formado hernia debajo de la serosa. La pared de este divertículo quístico era muy fina, transparente y hacía contraste con

el resto del órgano, muy engrosado. El examen histológico de este apéndice, realizado por el doctor Recio, nos revela la estructura propia del *mixoma gelatinosum*.

CONSIDERACIONES.—Un hecho parece resaltar del examen de todas las observaciones de la enfermedad gelatinosa o pseudo-mixoma del peritoneo, y es su pronóstico benigno en los casos que reconocen un origen apendicular, en los que la recidiva no se ha producido nunca, ni tampoco se han señalado en ellos metástasis ganglionares, ni de la cicatriz operatoria, ni caquexia progresiva, como se ha observado en la degeneración coloide del peritoneo, consecutiva a los quistes coloides del ovario.

Para Deletrez, de Bruselas (5), el pseudo-mixoma es todavía muy raro para que se pueda diagnosticar clínicamente. En nuestro concepto, será siempre más bien un hallazgo operatorio.

Se dice que, en general, estos casos revisten el aspecto clínico de una apendicitis crónica. Así lo hemos observado en las observaciones 1ª y 3ª. En la observación 2ª ha revestido, como se ha visto, el cuadro típico de la apendicitis aguda. En las tres observaciones, que han sido seguidas de curación, no ha habido recidiva, y la 1ª data ya de 1912.

BIBLIOGRAFIA

- (1) LEJARS.—La “maladie gelatineuse” du peritoine d’origine appendiculaire.—*Semaine Médicale*, 11 Decembre 1912.—Pág. 589.
- (2) BÉRARD ET VIGNARD.—*L’Appendicite*, París, 1914, pág. 625.
- (3) KELLY.—*Appendicitis and other diseases of the vermiform appendix*. Philadelphia, 1910, pág. 76.

(4) BAILEY.—Pseudomyxomatous Cysts of the Appendix and ruptured pseudo mucinous Ovarian Cysts.—*Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Pág. 219.—Agosto 1916.

(5) DELETREZ.—Academie de Médecine de Belgique.—Session du 3 Mai 1913.—*Revue de Gynecologie et de Chir. abd.*—Junio, 1913.

DE LA PIELOTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL

De las tres intervenciones que pueden realizarse sobre el riñón litiásico para extraer sus cálculos—nefrectomía, pielotomía y nefrolitotomía—estas dos últimas son las que más frecuentemente deberán practicarse, porque suprimen la lesión, pero conservando el órgano. No hay que olvidar, para reconocer la necesidad de una cirugía conservadora en la nefrolitiasis, que esta afección es casi siempre de origen diatésico y que puede la litiasis ser bilateral ahora, en el momento de la intervención o llegar a serlo en el porvenir. (Pousson.)

Por eso la nefrectomía será siempre una operación de excepción para la calculosis renal, cuando no se acompaña de pio-nefrosis, y únicamente en casos como el que recientemente presentamos a la *Sociedad de Estudios Clínicos*, (Figs. 25 y 26) en que el número y el volumen de los cálculos había convertido el órgano en un verdadero zurrón lleno de piedras, y en el que el cateterismo ureteral y la prueba de la fenolsulfonaftaleína nos habían demostrado la supresión fisiológica del riñón, puede llegarse a extirpar éste.

Actualmente, la pielotomía vuelve a ganar terreno después de haber sido generalmente desdeñada, y entre nosotros ni siquiera mencionada en las estadísti-

cas operatorias. Gracias a los progresos de la radiografía, que tanto nos auxilia en la investigación y diagnóstico de los cálculos del riñón, se han extendido las indicaciones de su empleo.

No nos parece acertado, al estudiar la indicación de estas dos intervenciones, presentarlas frente a frente como en cartel de desafío. Es frecuente en cirugía considerar o estudiar de esta manera las indicaciones de los métodos operatorios, y ello da lugar a discusiones tan interminables como embarazosas para el práctico.

“Pielotomía enfrente de la nefrolitotomía”, titula Welfeld un reciente artículo (1); y el título tendencioso que emplea el autor, ya indica la finalidad del trabajo: afirmar la supremacía de la pielotomía en la terapéutica quirúrgica de la litiasis renal; para ella no existirían más que ventajas y todas las desventajas e inconvenientes se acumularían sobre la nefrolitotomía.

No es así como debe plantearse la cuestión; tiene la nefrotomía sus indicaciones terminantes y en tales casos su superioridad sobre la pielotomía es indiscutible, e inversamente, cuando la pielotomía está indicada, todas las desventajas se acumulan en el debe de la nefrolitotomía.

En términos generales, aisladamente considerada como intervención operatoria, la pielotomía es una operación inócua, que permite extraer él o los cálculos, por la incisión del bacinete o pelvis, en su porción extra-renal, sin herir, sin tocar al elemento noble

(1) *Journal d'Urologie*. Años 1917-1918, pág. 72.



FIG. 25.—Calculosis múltiple del riñón derecho.

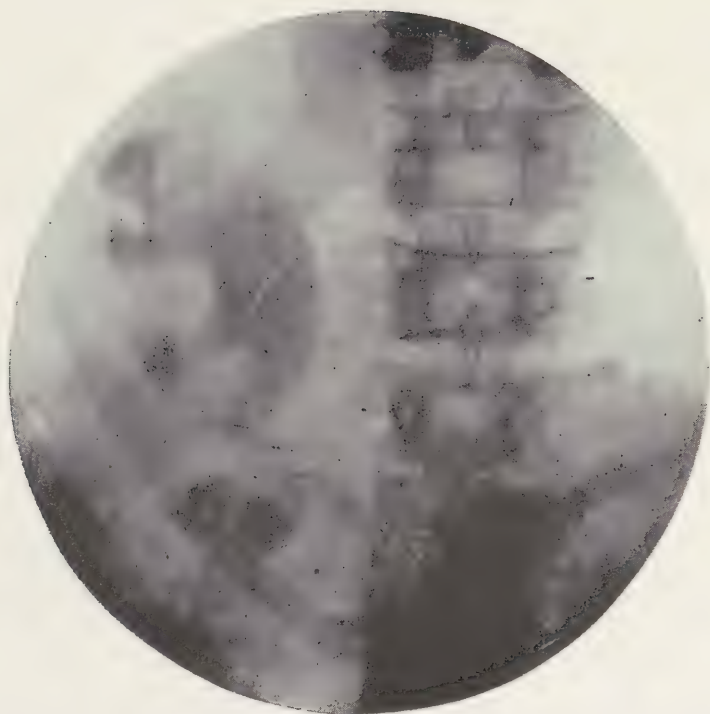


FIG. 26.—Radiografía obtenida antes de extirpar el riñón anterior.

del riñón, sin alterar o disminuir, por lo tanto, el valor funcional de éste. Como esta incisión se practica sobre la cara posterior, avascular, de la pelvis renal, no expone a las hemorragias primitivas o secundarias que se observan en la talla del riñón, en la nefrolitotomía y permite, en fin, el lavado de las cavidades del riñón en las pielitis que acompañan a la calculosis.

Hay que tener presente, no obstante, como lo hizo notar Albarrán (1), que aunque la arteria retropiélica “corre justamente sobre el labio posterior del hilio y no es aparente fuera del seno sino arriba, es decir, en el punto en que el bacinete es completamente intrasinusiano”, hay casos en que corre más oblicuamente cruzando en parte la cara posterior de la pelvis.

El temor de la producción de fístulas urinarias, consecutivamente a la pielotomía, es teórico, siempre que el uréter se encuentre permeable. Los casos de Rafin, de Zuckerkandl, de Bazy, de Marión, así lo habían demostrado. La reunión rápida es la regla y la tendencia de las heridas de la pelvis a cicatrizar o cerrarse espontáneamente es tan grande, que por poco que sea difícil suturarlas, podéis pasar tranquilamente sin hacerlo. Así nos ha ocurrido en dos casos y así se señala el hecho por otros cirujanos.

Podemos también utilizar, a la manera de W. Mayo, un colgajo de cápsula adiposa del riñón para

(1) J. ALBARRAN ET G. PAPIN.—Anatomie du bassin et exploration sanglante du rein, *Revue de Gynecologie et de Chir. abd.* 1908, pág. 262.

obturar la herida piélica, haciendo una verdadera pieloureteroplastia, análoga a las epiploplastias.

Hace recordar ésto, el empeño de los cirujanos por suturar las heridas operatorias del colédoco, hasta que la experiencia demostró que esa práctica era desastrosa y que las *coledocotomías felices son las que no se suturan*.

Pero, para realizar una pielotomía, operación tan simple, tan poco cruenta, tan poco traumatizante, se necesita que el asiento de los cálculos sea intra-pelviano, esto es, en el bacinete. He ahí la condición *sine qua non*. Bazy establece el asiento topográfico del cálculo por la distancia que separa a éste de la línea media vertebral en el cliché radiográfico; cuando el límite interno del cálculo se encuentra a menos de 5 centímetros de la línea media es un cálculo de la pelvis; si está a mayor distancia, es cálculo del parénquima. Esta distancia centimétrica, sin embargo, es infiel porque, como acertadamente señala Pousson (1), hay que tener en cuenta las relaciones muy variables del riñón con el esqueleto.

Los cálculos que ocupan los cálices o brazos de la pelvis, tienen que ser suprimidos por la nefrolitotomía, y todos saben la facilidad con que a veces esta talla renal los extrae.

Bazy, que ha podido extraer por vía piélica cálculos ramificados, ocupando los cálices, y en apoyo de su opinión cita tres observaciones, recomienda en estos casos ensayar primero su extracción por el bacinete, en lugar de comenzar por la nefrotomía,

(2) A. POUSSON.—Traitement chirurgical des calculs du rein, *Journal d'Urologie*, t. II, pág. 157. 1912.

porque la sección del bacinete no agrega nada al traumatismo operatorio. Pero, en general, los cálculos ramificados, sobre todo los grandes cálculos, tendrán que ser extraídos por la talla del riñón y también por esta talla los cálculos muy pequeños y redondeados que corren y se deslizan por los cálices y brazos de la pelvis.

En un caso, sin embargo, hemos extraído por pielotomía, no sin esfuerzo, un pequeño cálculo que huía a nuestra busca dentro del bacinete (cálculo muriforme) y que era por su gran movilidad extraordinariamente doloroso.

La exteriorización del riñón, que hace tan fácil la pielotomía, no es requisito absolutamente indispensable para practicarla, como se cree generalmente, pues la hemos realizado a veces, sin poder extraer o exteriorizar el riñón.

En resumen: la pielototomía exige para su empleo que los cálculos se asienten en la pelvis renal y en los casos de cálculos coraliformes o ramificados, que su volumen no sea grande.

En tales casos, la talla piélica constituye una operación simple, cuya técnica y ejecución son más sencillas que las de la nefrolitotomía, y que no expone a hemorragias primitivas o secundarias, ni a la fístula renal consecutiva como se había temido.

En 41 intervenciones por nefrolitiasis hemos practicado 34 veces la nefrolitotomía; 6 la pielotomía; una vez la nefrectomía primitiva. (1) En los

(1) Cuando fué presentado este trabajo ante el IV Congreso Médico Nacional, 1917, eran 32 nuestras intervenciones por litiasis renal.

casos de nefrolitotomía obtuvimos 30 curaciones y 4 muertes: una por anuria refleja, una por hemorragia, y dos por infección urinaria, en dos casos de piod-nefrosis calculosa. En un caso, las hemorragias secundarias consecutivas a la nefrolitotomía nos obligaron a realizar una nefrectomía secundaria; la curación se obtuvo. La nefrectomía primitiva y las pielotomías, fueron todas seguidas de curación definitiva.

INDICACIONES OPERATORIAS EN LA LITIASIS BILATERAL URETERO-RENAL

La asociación de la calculosis urinaria en ambos lados no es rara, y su relativa frecuencia ha sido revelada por los progresos de la Radiografía, medio de exploración que facilita grandemente el diagnóstico de la litiasis urinaria.

Si examinamos la frecuencia relativa de esta calculosis bilateral, según el asiento de los cálculos, encontramos:

	22 p. 100 de los casos. (Estadística de Lory.)
	10,4 p. 100. (Estadística de Rafn.)
Cálculos en ambos riñones:	8,5 p. 100. (Estadística de Israel.)
	2,18 p. 100. (Estadística de Jeanbrau.)
	2,20 p. 100. (Estadística personal.)
Cálculos en ambos uréteres:	3,63 p. 100. (Estadística de Jeanbrau.)
Cálculos en el uréter de un lado y en el riñón del lado opuesto:	En 220 casos de cálculos del uréter recogidos por Jeanbrau, en la literatura quirúrgica, en 2 casos sola- mente el riñón opuesto era litiásico (0,99 p. 100.)

La bilateralidad de la litiasis agrava considerablemente el pronóstico de esta afección y complica su tratamiento quirúrgico.

La litiasis bilateral, renal, es, después del cáncer y de la tuberculosis, la más grave de las afecciones renales. Y esta gravedad es aún mayor, si el asiento de los cálculos es en uno o en ambos lados, ureteral; esto es, si la litiasis doble es bi-ureteral o urétero-renal. Jeanbrau expresa muy bien esta gravedad en su trabajo (1), que ha quedado clásico, sobre los cálculos del uréter:

“Todo cálculo detenido en el uréter persigue fatalmente la destrucción del riñón que lo ha formado. Al mismo tiempo, prepara la anuria para el día que sobrevenga la obliteración del uréter opuesto.”

Desde el punto de vista del tratamiento, plantéanse aquí al cirujano varios problemas que debe resolver antes de proceder a la intervención.

¿Se puede operar en un solo tiempo, esto es, ambos lados a la vez?

¿Si las dos operaciones no pueden hacerse en la misma sesión, por qué lado se comenzará primero?

¿Qué intervenciones se realizarán?

Algunos cirujanos, como Treplin, operan primero el lado más enfermo. Pero el consejo de Albarrán y de Legueu, de operar primero el riñón más sano y después el lado más enfermo, es adoptado como la regla más prudente de conducta por casi todos. Se extraen el o los cálculos de un lado en una primera

(1) E. JEANBRAU. Des calculs de l'uretère. Rapport présenté à la XIII^e session de l'Association française d'Urologie, 1909. Pag. 58.

intervención, y seis u ocho semanas después, ya re-
puesto el paciente, se opera del otro lado.

Esto es aplicable a la calculosis de ambos riñones
o de ambos uréteres.

Pero en la calculosis urétero-renal, sostenemos
que hay que invertir la fórmula y atacar primero el
lado más enfermo, el obstruido por el cálculo del
uréter y en la misma sesión, si el estado del sujeto lo
permite, o en otra posteriormente, se intervendrá so-
bre el riñón opuesto.

¿Qué intervenciones se realizarán en estos casos?
La pielotomía o la cistotomía para los cálculos situa-
dos en los extremos del uréter. En los demás casos,
los cálculos ureterales serán extraídos por urétero-li-
totomía; los cálculos del riñón opuesto serán extraí-
dos por nefrolitotomía o por pielotomía.

En la litiasis bilateral en general, la nefrectomía
encontrará muy escasas indicaciones.

Así como se verá en la observación siguiente, he-
mos comenzado por intervenir primero sobre el lado
más enfermo, por ser el lado del cálculo ureteral, para
asegurarnos el drenaje del riñón correspondiente, ya
que el cálculo ureteral no se extirpó en esta sesión.
Después, en una segunda sesión, hemos extraído a la
vez, el cálculo ureteral por urétero-litotomía y el
cálculo del riñón opuesto por pielotomía.

Si en la variedad urétero-renal de la litiasis bi-
lateral sobreviniese la anuria, habrá que recurrir inme-
diatamente, de urgencia, a la doble nefrostomía rá-
pidamente ejecutada y con corta anestesia. La ex-
tracción de los cálculos se hará secundariamente, en
otra sesión, una vez conjurado el peligro inminente.

En las variedades renal o ureteral, de la litiasis doble, se intentará primero el cateterismo ureteral del último uréter obstruido, y si éste fracasase, el cateterismo del lado opuesto, como aconsejó Albarrán en el Congreso Internacional de Urología que presidió en París, en 1908.

Si este segundo cateterismo fracasa, y la manobra no está exenta de peligros, hay que practicar en seguida la nefrostomía del riñón cuyo uréter se obliteró el último. Leonard, de Philadelphia (1), ha declarado en la 59ª sesión de la *American Med. Assoc.*, celebrada en Junio de 1908, que había visto tres veces desgarrarse por el catéter la pared adelgazada del uréter al nivel del cálculo y proyectarse éste afuera.

OBSERVACIÓN.—*Cálculo del uréter pelviano derecho extraído por ureterolitotomía extra-peritoneal, seguida de pielotomía y pielostomía por cálculo del riñón izquierdo.* (2)

María L. de P., de veintiséis años de edad, casada, natural de Manicaragua, provincia de Santa Clara.

Antecedentes.—*Hereditarios:* Sus padres viven en la actualidad y gozan de salud. *Personales:* M. L. ha tenido cuatro hijos, el último hace dos años; refiere que ha soportado bastante bien sus embarazos, y sus partos han sido normales.

Al *interrogatorio:* nos dice que a los catorce años de edad tuvo su primera crisis de cólico nefrítico de-

(1) Citado por JEANBRAU. Des calculs de l'uretère, pág. 34.

(2) Presentación del caso a la *Sociedad de Estudios Clínicos*, Octubre, 1918.

recho, con hematuria intensa y gran oliguria. Después ha tenido muchas crisis dolorosas, y desde hace dos años, a poco de haber dado a luz su último hijo, tuvo un cólico intenso, con fiebre alta, tras el cual ha persistido una molestia constante en su región renal derecha y que se exacerbaba con frecuencia.

Nunca ha experimentado dolor en su región renal izquierda.

La enferma nos refiere que a fines de 1917, le practicó un compañero una nefrostomía derecha y que estuvo entonces cuarenta y un días sin dolor. Pasado ese período, volvió a sentir el dolor en su riñón derecho, que no la ha abandonado hasta la fecha. Los cólicos fueron siempre infructuosos, esto es, sin expulsión de piedras ni arenillas.

Examen clínico. Estado actual.—La palpación permite comprobar que el riñón derecho está aumentado de volumen y muy doloroso. La palpación ureteral también provoca dolor a lo largo del trayecto pelviano.

Observamos la cicatriz lumbar de la nefrotomía derecha que le practicaron anteriormente a esta enferma.

Al examen ginecológico, encontramos el útero y los anejos normales, y hacia el fondo de saco lateral derecho una induración prolongada, movable, que nos parece un cuerpo extraño, poco doloroso; un cálculo ureteral seguramente. La enferma tiene, desde hace días, elevaciones térmicas hasta 38'6. La orina, muy turbia, da por el reposo un sedimento considerable de pus.

Radiografía.—Al examen radiográfico practica-

do por el Dr. Juan B. Ruiz, comprobamos la existencia de un cálculo alargado en el uréter pelviano derecho, que se había revelado clínicamente por síntomas de fisonomía completamente renal; y de otro cálculo voluminoso, en la pelvis del riñón izquierdo, cálculo que ha permanecido silencioso sin haberse revelado por ningún síntoma. En el riñón derecho no hay cálculos. (1)

Examen cistoscópico y cateterismo de los uréteres.—En estos exámenes, que practica el Dr. Ruiz, comprobamos que por el uréter derecho no sale orina. A la izquierda se observa eyaculación regular de este líquido.

Al cateterizar el uréter derecho, se detiene la sonda en la porción pelviana, no pudiendo franquear el cálculo detenido en el uréter. La sonda ureteral izquierda penetra perfectamente hasta la pelvis renal. (Figs. 27 y 28.)

Examen de orina. (Dr. Recio):

Urea por litro.	3.39
Cloruros.	1.80
Albúmina, contiene.	

Examen microscópico: contiene hematíes decolorados; numerosos leucocitos y células de la pelvis renal y planas.

La fenolsulfonaftaleína inyectada, tarda en aparecer dos horas.

(1) Los cálculos del uréter pelviano constituyen el 70 por 100 de los cálculos del uréter según JEANBRAU; el 54 por 100, según ISRAEL.



FIG. 27.—Radiografía de cálculo del uréter pelviano derecho.



FIG. 28.—Radiografía de cálculo del riñón izquierdo.

El estado general de esta enferma no puede ser más precario. La muerte, por anuria o por uremia, ha de sobrevenir en plazo corto si no se interviene; así es que vamos a intentar primeramente la extracción del cálculo del uréter, por una rápida intervención vaginal.

Operación.—En el Hospital Mercedes, el veintidós de Julio de 1918, procedemos a la operación, auxiliados por los Dres. E. Stíncer y Salcines. Nos es imposible alcanzar el cálculo por vía vaginal, pues sin duda ha sido rechazado hacia arriba en los exámenes anteriores que se practicaron.

Realizamos entonces sobre la antigua cicatriz lumbar, una nefrostomía, que dió salida a regular cantidad de orina. Los tejidos peri-renales se encontraban como infiltrados y el riñón muy distendido por la uronefrosis, y con el parénquima casi reducido a una cáscara, ha eliminado una cantidad extraordinaria de orina en los días sucesivos, a pesar de que en el acto de la operación lo encontramos tan alterado que nos pareció escaso su valor funcional.

El drenaje del riñón derecho ha proporcionado a esta enferma un alivio inmediato. Han desaparecido los dolores agudos y la fiebre.

El aspecto de la orina es más claro. El estado general ha mejorado notablemente.

Creemos que la enferma está ya en condiciones de sufrir su intervención definitiva: la extracción del cálculo del uréter derecho y del riñón izquierdo, extracción que hacemos en la misma sesión operatoria, en la mañana del veintidós de Agosto, exactamente un mes después de la nefrostomía. Anestesia con

éter por el Dr. Hevia. Ayudantes directos: Doctores Stíncer y Salcines.

Urétero-litotomía abdominal por vía extraperitoneal. (1). Incisión de Albarrán, para el descubrimiento del uréter pelviano. Se incinden sucesivamente el oblicuo mayor y su aponeurosis, el oblicuo menor y el transversal. Cortamos entre dos ligaduras los vasos circunflejos y los epigástricos. Los grandes vasos ilíacos son descubiertos. Decolamos el peritoneo de la fosa ilíaca y del suelo pelviano y rechazamos con el saco seroso las asas intestinales.

La sección del ligamento redondo recomendada en estos casos por Pozzi y por Proust, nos permite desdoblar la base del ligamento ancho y alcanzar el uréter con su cálculo, por encima de la arteria uterina; auxiliándonos entonces grandemente de la maniobra preconizada por Jeanbrau y realizada por un ayudante, que con su dedo introducido en la vagina rechaza el uréter con su cálculo, hacia arriba.

Incindido el uréter longitudinalmente y exactamente sobre el cálculo, precepto de Albarrán, extraemos éste. Por la incisión ureteral no sale nada de líquido.

Ureterorrafia del conducto. Drenaje con gasa.

Rápidamente procedemos a la intervención sobre el riñón izquierdo. Riñón aumentado de volumen. Pelvis ampular, considerablemente aumentada en sus dimensiones.

(1) La técnica de esta operación se encuentra detalladamente expuesta en la magnífica *Médecine Opératoire des Voies urinaires*, de nuestro compatriota J. ALBARRÁN.

Pielotomía. Extracción de un cálculo que reproduce el molde del bacinete y salida de orina descompuesta y muy turbia. Drenaje con tubo de goma por la misma talla piélica: *Pielostomía.* El cálculo renal pesaba 64 gramos. El cálculo ureteral 6 gramos. (Figs. 29 y 30.)

Curso post-operatorio. La enferma, reanimada con inyecciones hipodérmicas estimulantes, ha soportado muy bien la doble intervención. A las cuarenta y ocho horas se suprimió el drenaje ilíaco, por el peligro ya señalado por Moschowitz, de ulceración de la arteria ilíaca externa al quedar el drenaje largo tiempo en contacto con el vaso.

En los primeros días, la orina salía casi totalmente por las heridas lumbares. Ya el dos de Septiembre eliminaba por la uretra 900 gramos de orina transparente, con vestigios de albúmina.

Al ser dada de alta en Septiembre veinticinco, las fístulas urinarias lumbares habían desaparecido. Se eliminaba totalmente la orina por la uretra. El estado general era excelente.

Antes de publicarse esta observación hemos pedido informes de la operada: sigue perfectamente; la curación se mantiene sin fístulas urinarias, ni ureteral, ni renal.

Como conclusiones, a propósito de esta litiasis reno-ureteral queremos fijar bien la atención:

1º Sobre la necesidad de hacer en la litiasis urinaria radiografías completas, totales, si se quiere obtener de este excelente medio de diagnóstico todo el beneficio posible. En nuestro caso, el cálculo

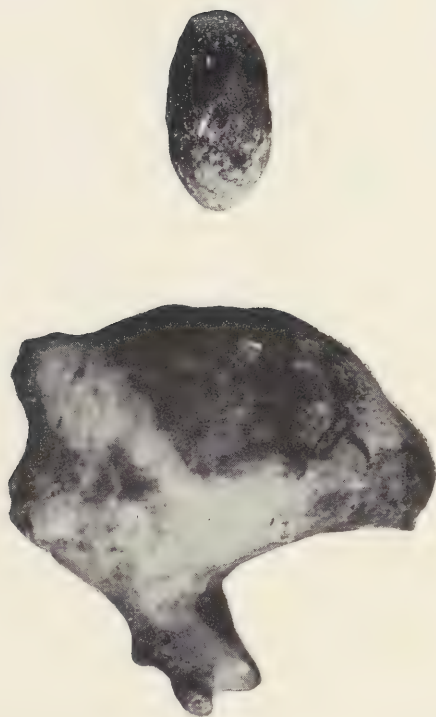
silencioso del riñón izquierdo no fué descubierto sino por este proceder.

Es la radiografía la que ha venido a demostrar la frecuencia de las diversas formas de litiasis bilateral, en muchos casos en que los cálculos no se revelaron clínicamente sino en un solo lado; contrariamente a la opinión sustentada por Dean Bevan de que a la inversa de la litiasis biliar, la litiasis renal nunca dejaba de revelar sus síntomas.

2° Que el precepto de Albarrán y de Legueu, de operar la litiasis bilateral, primeramente del lado más sano, si es indiscutible para la doble calculosis renal, no lo encontramos justificado en la calculosis bilateral reno-ureteral; porque aquí, la extracción del cálculo detenido en el uréter es la indicación más urgente.

3° El drenaje por la pelvis renal, o pielostomía, (1) poco generalizado, es un tratamiento simple que cura sin dejar fístulas y que como su preliminar operación la pielotomía, que preconizamos en nuestro último Congreso Médico de 1917, para el tratamiento quirúrgico de la nefrolitiasis, respeta la integridad del parénquima renal.

(1) KEYS piensa que este drenaje piélico merece generalizarse y lo recomienda aun después de las nefrolitotomías. (*Journal of Urology*, No. 1, Febrero de 1917, pág. 91).



FIGS. 29 y 30.—Fotografía de los cálculos extraídos.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL E INFECCION PUERPERAL

Distamos aún mucho de haber llegado a conclusiones definitivas en el tratamiento operatorio de la infección puerperal. Nos referimos a los casos de infección grave, en los que los métodos habituales de tratamiento: raspado, irrigación continua, sueroterapia, etc., han sido insuficientes.

Como la fiebre puerperal puede ofrecer como substratum anatómico de sus lesiones (aparte de sus complicaciones a distancia: hígado, riñones, corazón etcétera):

- a) la metritis.
- b) la metro-flebitis y metro- linfangitis.
- c) la peritonitis,

se han propuesto contra ellas, respectivamente:

- a) la histerectomía,
- b) la ligadura y extirpación de las venas útero-ováricas trombosadas,
- c) la colpotomía o la laparotomía.

Todas estas intervenciones quirúrgicas han sido realizadas en número todavía escaso relativamente, y con resultados poco halagüeños.

La extirpación del útero aparece teóricamente como la operación ideal en el tratamiento de la infección puerperal, al suprimir el foco séptico; pero si la infección se ha propagado a los vasos sanguíneos y

linfáticos de la pelvis, o si se ha generalizado, ¿qué puede la histerectomía contra la trombo-flebitis y la linfangitis pelvianas; qué, contra la septicemia generalizada?

Habría que proceder a la extirpación del útero cuando su infección se halla localizada a este órgano, lo que sería verdaderamente excesivo, porque la curación de la infección puerperal por el simple raspado, la irrigación intra-uterina, etc., es una observación vulgar. Aparte de que ni la clínica, ni el laboratorio, nos suministran datos precisos acerca del momento en que la infección traspasa los límites del útero.

La histerectomía en la infección puerperal fué practicada por vez primera por Schültze, de Jena, en 1886. En el Congreso Internacional de Ginecología de Roma, en 1902, fué discutida su indicación por Freund, Tuffier, Treub y Leopold; la mayoría de los cirujanos se declararon contra ella.

La laparotomía o la colpotomía se han realizado en los casos de peritonitis generalizada o circunscrita, para evacuar o drenar el pus.

Las mismas críticas que hacíamos a la histerec-tomía, pueden oponerse a las intervenciones venosas, propuestas por Trendelenburg en 1902, y practicadas por Bunm, por Latzko, por Michels: ligadura y extirpación de las venas que proceden del útero, venas útero-ováricas, vena hipogástrica. Michels, en 64 casos operados que ha reunido en la literatura quirúrgica, suma 29 muertes. En este trabajo (1) el autor

(1) E. MICHELS.—Surgical Treatment of the puerperal pyemia. *The Lancet*, Diciembre 1909. Pág. 1656.

refiere dos observaciones personales: en una la ligadura de las venas ováricas trombosadas, no pudo detener la evolución fatal y en la otra hubo necesidad de practicar una histerectomía complementaria.

Pero si las indicaciones del tratamiento quirúrgico de la infección puerperal son, como hemos visto, tan difíciles de precisar, en cambio no puede discutirse la legitimidad de la histerectomía cuando se comprueba la gangrena parcial o total de la pared uterina o cuando al mismo tiempo el útero es asiento de un fibroma. No hay que vacilar entonces en practicar la histerectomía. Esta última circunstancia se realizaba en la observación siguiente, que hemos tenido el honor de presentar a la Academia de Ciencias Médicas. (1)

OBSERVACIÓN.—La Sra. J. S. de V., de Placetas, casada, de treinta años de edad, ingresa en la Clínica Covadonga el día 16 de Julio de 1915.

Antecedentes patológicos.—Hace cinco años que sus reglas son muy abundantes y desde hace tres años y medio ha notado un tumor en su vientre, que progresivamente fué aumentando de volumen. Desde que observó el tumor, sus períodos han sido hemorrágicos y ha resultado embarazada dos veces.

Embarazos y partos anteriores.—La señora ha tenido doce partos; once normales y el último el día 2 de Julio, en que dió a luz una niña muerta que fué necesario extraerla. En este último embarazo, diez días antes del parto comenzó a tener pérdidas sanguíneas por la vagina, y antes de dar a luz tuvo una

(1) Sesión de Noviembre 12 de 1915.

hemorragia alarmante. Los médicos que la asistieron, tuvieron que intervenir para concluir el parto, extrayendo, como ya dijimos, una niña muerta. Desde ese mismo día (2 de Julio) apareció la fiebre que no la ha abandonado hasta ahora.

Estado actual.—La enferma tiene hoy catorce días de puerperio, está muy demacrada y sumamente pálida; en el momento de ingresar en la Clínica tiene 39° de temperatura, y con oscilaciones precedidas de escalofríos, se mantiene elevada la temperatura alrededor de 39° en los días siguientes. 120 pulsaciones por minuto.

Al examen local se encuentra un vientre voluminoso, doloroso a la presión, con un fibroma uterino, como del volumen de una cabeza de adulto, bien movable. El cuello uterino reblandecido, abierto, y casi borrado. Los loquios son muy fétidos. El miembro abdominal derecho, aumentado de volumen, edematoso, por la flegmasía alba dolens que se presentó pocos días después del parto.

El estado general de esta enferma es deplorable, y procuramos levantar sus fuerzas y combatir la infección con medicación hipodérmica de suero antiestreptocócico, electrargol y aceite alcanforado, y suero glucosado por proctoclisís; desinfección útero vaginal por irrigaciones antisépticas; lociones generales contra la hipertermia, etcétera. La temperatura se sostiene siempre alrededor de 39°.

Orina.—En cantidad de 900c.c. durante veinticuatro horas, es examinada en el Laboratorio.

CARACTERES GENERALES.

Densidad, 1,010. Color, amarillo claro. Cromógeno, normal. Reacción, ácida.

EXÁMEN QUÍMICO.

Elementos normales:

Urea, 6.13. Cloruros, 0.36. Fosfatos, 0.64. Sulfatos, 0.72.

Relaciones existentes:

Coeficiente de desmineralización, 16%. Relación del ácido fosfórico a la urea, 1.8. Relación de los cloruros a la urea, 1.17.

Elementos anormales:

Contiene vestigios de Núcleo albumina, mucina e histona, y vestigios de Indicana.

EXÁMEN MICROSCÓPICO.

Sedimento centrifugado:

No organizado, Fosf. tricálcico. Sangre, no contiene. Cilindros, no contiene. Leucocitos, bastantes. Epitelio, plano.

La situación se hace inquietante por la prolongación de esta infección, contra la cual los recursos médicos son impotentes, por lo que decidimos operarla.

Operación.—El 24 del mismo Julio, con el concurso de los Dres. Toñarely y Prieto (anestesia). Extírpase por laparotomía un útero fibromatoso, reblandecido, que pesaba ocho libras. Las lesiones estaban localizadas al útero. Había sangre coagulada en los senos uterinos (tromboflebitis).

El curso post-operatorio de esta enferma fué alterado por una bronco-pneumonía que apareció a los tres días de la operación. Después, la curación se realizó sin más incidentes y el día 16 de Agosto, justamente al mes de ingresar en la Clínica, se marchó la operada para su pueblo ya completamente restablecida.

Faure, que ha abogado elocuentemente en la *Sociedad de Cirugía*, de París, por la histerectomía en la infección puerperal grave, prefiere sobre todo la vía vaginal, como en todos los casos en que las lesiones son virulentas y hay el peligro de la contaminación peritoneal. “Rechazo, dice Faure (1), el pasear por el vientre un útero repleto de estreptococos.”

Sin embargo, muchos cirujanos que en la citada discusión aceptaron la histerectomía, prefirieron la vía abdominal. En la observación personal que hemos referido, la indicación terapéutica no ofrecía dudas. La histerectomía, era aquí una operación de necesidad y debía practicarse por la única vía posible por el tamaño del útero: la vía abdominal.

(1) J. L. FAURE.—Chirurgie des annexes de l'utérus. París, 1902, pág. 296.

FIBRO-SARCOMA DEL OVARIO EN UNA NIÑA DE DIEZ AÑOS

Los tumores sólidos del ovario no son frecuentes, pues sólo constituyen, según Ziembicki, el uno por ciento (los quistes del ovario, el 99 por ciento) de la totalidad de los tumores de este órgano. Además de su poca frecuencia, Meriel, en su informe sobre los *Tumores sólidos del ovario* al VI Congreso francés de Ginecología, Septiembre 22 de 1910, señala como una de las cuestiones histológicas y patogénicas más confusas, la clasificación exacta de estos tumores.

En primer lugar, la división en tumores sólidos y quísticos, es un poco artificial, no tiene base científica, ni tampoco la tiene la clasificación en tumores benignos y malignos, porque muchos quistes ováricos multiloculares, clasificados como benignos, son histológicamente malignos.

Basado en su histogénesis, Waldeyer dividió estos tumores en dos grupos: los que reconocen un origen epitelial y los que tienen un origen conjuntivo; pero esta división es incompleta.

Meriel los distingue, y esta clasificación abarca todos los tipos clínicos, en: tumores *homotópicos*, de origen epitelial o conjuntivo, benignos o malignos; tumores *heterotópicos*, embriomas y tumores mixtos, y tumores *secundarios*, por metástasis de un cáncer: del estómago, mama, etc.

La bilateralidad de estos tumores ováricos es fre-

cuenta. Desurmont, en su tesis (*Etude anatomoclinique des tumeurs solides bilaterales de l'ovaire*, París, Décembre 1911), indica las cifras siguientes: 75 por ciento de frecuencia bilateral en los tumores vegetantes; 40 por ciento en los sarcomas; 10 a 25 por ciento en los embriomas; 7 por ciento en los fibromas; 100 por ciento en los tumores secundarios. El fibroma puro del ovario existe realmente, pero es muy raro y es entonces generalmente muy pequeño; generalmente se encuentra en estado de fibromioma semejante a los del útero. Cualquiera que sea su forma histológica, tiene tendencia a la malignidad.

El sarcoma puro del ovario es también muy raro, casi siempre se combina con el mixoma o el fibroma.

Estos tumores se encuentran sobre todo en las mujeres jóvenes. Leopold, reunió trece casos de fibroma ovárico en mujeres de cinco a treinta años y cuatro solamente en mujeres de treinta a cuarenta. Por excepción, Terrier describe una observación de fibroma ovárico en una mujer de sesenta y seis años. Bland Sutton reunió veinte casos de sarcoma en jóvenes de menos de quince años, y Olshausen, en treinta y siete casos, observa cinco en jóvenes de menos de veinte años, nueve de veinte a treinta, diez y ocho de treinta a cuarenta, y cuatro en mujeres de cincuenta y ocho a sesenta y siete años.

El caso que vamos a referir, es el de un *fibro-sarcoma*, en una niña de diez años.

OBSERVACIÓN.—Natalia S., de diez años de edad, cubana, natural de Key West. Niña bien desarrollada, ha gozado siempre de buena salud. Sus padres y sus otros hermanos son todos sanos.

A principios de 1916, se le presentaron a esta niña dolores abdominales, sin localización precisa, acompañados de vómitos, sin fiebre; esta crisis duró unos cuatro días. Su digestión y todas sus demás funciones siguieron normales. Pero a los quince días próximamente, nueva crisis dolorosa, con vómitos y sucesivamente fueron repitiéndose estas crisis cada dos o tres semanas, sin alterar el estado general de la niña y sin modificar el carácter alegre propio de su edad.

Se atribuyeron esos síntomas a trastornos de una pubertad precoz, a una apendicitis, etc.; pero hacia el mes de Marzo, a los dos meses y medio de la primera crisis, la madre de la niña notó en el vientre de ésta un tumor movable, del volumen de una naranja.

Como los dolores abdominales y los vómitos repetían periódicamente a intervalos más frecuentes, y el vientre se abultaba, resolvieron los padres traer su hija a la Habana para someterla a nuestros cuidados.

Cuando la examinamos encontramos en su abdomen un tumor grande como una toronja, movable, de aspecto desigual y de consistencia dura, muy dura en algunos puntos. Parecía existir un poco de ascitis. Con el diagnóstico de tumor ovárico, probablemente sarcomatoso o dermoideo, operamos en seguida a esta niña.

Operación en la Clínica de Covadonga el 24 de Julio de 1916.

Al incindir el peritoneo sale el líquido ascítico. El tumor llena casi toda la pequeña cavidad abdomi-

nal de la niña; algunas adherencias laxas con asas delgadas y con el epiploon, son fácilmente desprendidas. El tumor, del ovario derecho, fué extirpado, por sección de su pedículo, largo, e independiente de la trompa. La torsión del pedículo, que hacía al tumor muy movible, daba lugar a las crisis abdominales de esta enfermita. En algunos sitios era muy vascular el tumor; en otros, calcificado. El examen histológico practicado por el Dr. Alberto Recio, Director del Laboratorio de la Covadonga, reveló estar constituido el tumor por tejido fibroso, con núcleos de células embrionarias de tipo redondo, diseminados en toda la estructura.

A los pocos días de la operación, tres de Agosto, fué dada de alta esta niña. Ha seguido perfectamente y en la actualidad la curación se mantiene. Cabe abrigar la esperanza de una curación perdurable, porque es ya un hecho comprobado que la curación sin recidivas se obtiene para los neoplasmas del ovario, con más frecuencia que para los otros tumores malignos genitales. (1)

(1) Hasta la fecha, la niña sigue perfectamente.

DOBLE OPERACION CESAREA POR PELVIS OBLICUA COXALGICA

El 16 de Octubre de 1916 ingresó en la Clínica Covadonga, como caso de emergencia, la Sra. M. F. de B., blanca, cubana, de veintiséis años de edad, secundípara, motivando su ingreso la rotura espontánea de la bolsa de las aguas ocho horas antes, habiéndose iniciado el parto hacía unas doce horas.

Dos meses habían transcurrido desde que la examinamos, recomendándole, por temor a una distocia, su ingreso en una clínica.

En ese primer examen se reconoció que la gestante tenía una pelvis coxálgica y además de los antecedentes suministrados de haber padecido desde la edad de dos años de coxo-tuberculosis, del lado izquierdo, que ha determinado la anquilosis articular y el acortamiento extraordinario del miembro, (Fig. 31) se nos informó que en el primer parto, año y medio antes, se había recurrido, con brillante éxito, por el Dr. Alberto S. de Bustamante, a una cesárea conservadora y que para impedir otro embarazo se le habían ligado ambas trompas. (1)

(1) A propósito de ésto leemos en el *Buffalo Medical Journal* (T. 73. No. 5) que el Dr. G. B. Kent, de Indianapolis, ha descrito un embarazo en una operada de cesárea anteriormente, y en quien se ligaron los oviductos. El Dr. Jas. C. Wood también observó un caso igual.

Véase *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, de Agosto 1916 y Marzo 1917.

Este último extremo de los antecedentes no lo hemos podido comprobar y nos recuerda el caso que ante el Tercer Congreso Médico Nacional describió el Dr. Gómez de Rosas (1) y que parece ser en Cuba el primer caso de cesárea repetida en una misma mujer, después de haberse practicado la ligadura de las trompas, al efectuarse la primera intervención. Dice el autor: “no obstante haber ligado las trompas (con seda número 3), la trompa derecha quedó, o se hizo permeable, dando lugar un año después a otro embarazo y a una nueva intervención.”

La pelvimetría dió los siguientes diámetros externos: el biespinoso=22 centímetros; el bicrestílico=21 centímetros; el bitrocantéreo=25 centímetros; el oblicuo derecho=15 centímetros; el oblicuo izquierdo=21 centímetros. Rombo de Michaelis: horizontal=9 centímetros; vertical=10 centímetros.

Mensuración interna: diámetro promonto subpiano=10 $\frac{1}{4}$ centímetros; que reduciendo por espesor de la sínfisis (2 centímetros), daba una pelvis moderadamente estrecha en su diámetro anteroposterior.

El examen ante-partum también reveló una elefantiasis exagerada de ambos miembros inferiores que databa desde los diez y seis años de edad; ligera escoliosis y claudicación marcada. En la actualidad, la parturiente tenía una bronquitis catarral aguda. Su estado general de penuria fisiológica, era bastante acentuado.

(1) N. GÓMEZ DE ROSAS.—*Actas y Trabajos del III Congreso Médico Nacional*, tomo I, pág. 446.



FIG. 31.—Radiografía de la pelvis oblicua coxálgica.

La orina, en el único análisis practicado, no acusó nada anormal.

Aun cuando se hicieron todas las advertencias pertinentes, entre otras la conveniencia de ingresar en una clínica u hospital con anterioridad a la fecha del parto, la gestante y su esposo no siguieron los consejos facultativos y esperaron hasta seis u ocho horas después de la rotura de la bolsa para avisar al médico, y fué entonces por exigencia de éste, que se decidieron a permitir la intervención en una clínica.

Se diagnosticó por la palpación y auscultación abdominal, una presentación de vértice (O. D. A.). Nos abstuvimos del examen vaginal, pero no había necesidad de él, pues el grado de dilatación del cuello y el de las contracciones, pudo precisarse sin recurrir a esa vía, que tan sólo nos hubiera confirmado la rotura de la bolsa y en cambio, de haber ocurrido una infección, nos hubiera hecho dudar de nuestra participación en ella.

La cesárea en este caso tenía indicaciones relativas más bien que absolutas, pues además de que la estrechez no era muy notable, la cabeza fetal hacía tentativas de encajamiento y, como no era grande, pudiera haberse logrado; pero el estado general de la parturiente y sobre todo el temor a una ruptura uterina, especialmente en el tejido cicatricial de la antigua incisión del útero, nos hizo decidir por una segunda cesárea abdominal, a pesar de la rotura de la bolsa durante varias horas.

Es punto muy debatido todavía, si el hecho de haber sufrido la cesárea una vez tiene por necesidad

que convertir a la operada, en embarazos sucesivos, en víctima de repetida intervención.

Se ha dicho por autoridades como Asa B. Davis, Palmer Findley, Norvall Bell, Rongy, Brodhead, Breitenstein, Couvelaire, Marioton y otros, que la cesárea abdominal obliga a su repetición en partos subsiguientes, porque no existe seguridad respecto a la eficacia de la cicatriz en el tejido uterino. Pero en cambio hay otra serie de tocólogos no menos notables, como J. T. Williams (1), N. R. Mason y Carstens, que sostienen que la cicatriz uterina no implica peligro.

Krukemberg (2) calcula que en el 50 por ciento de los partos subsiguientes a una cesárea, hay ruptura; pero Kuster en 100, Leopold en 232 y Saenger en 500, no han tenido ni un solo caso de ruptura.

Conviene recordar que se han observado rupturas uterinas lejos de la cicatriz y respetando a ésta. y que frecuentemente (calculado en un 75 por ciento) como es natural, la pared uterina en el sitio cicatrizado se adelgaza y debilita, debido sin duda al hecho señalado por Ziegler, de que en órganos de tejido muscular liso la unión de una herida se logra no tan sólo a expensas del tejido conjuntivo, sino que también hay una verdadera proliferación de células musculares.

Sobre asunto tan importante como lo es éste de la posibilidad de la ruptura uterina en las operadas de cesárea, nos permitimos reproducir algunas opi-

(1) *The Am. Jr. of Obstetrics*. T. LXXIII. pág. 42.

(2) *Arch. f. Gyn.* Bd. XXVIII, pág. 408.

niones de operadores americanos. Las numerosas estadísticas de éstos dan valor a las ideas emitidas.

Para Rongy (1) la ruptura espontánea se presenta en un 3 por ciento de los casos y confiesa, al igual que otros, que no hay medios para advertir el peligro.

Asa B. Davis (2), cuya competencia como cesarista es reconocida, a pesar de ser partidario de la intervención sucesiva una vez que se ha tenido que recurrir a ella, reconoce que el peligro de una ruptura uterina en el tejido cicatricial de la primera incisión es un peligro positivo.

Palmer Findley (3) atribuye la ruptura uterina en la cicatriz de una cesárea, a las infecciones gonocóccicas latentes y reconoce que esto será siempre un factor de incertidumbre.

La inserción placentaria en la cara interna de la cicatriz es, según Norvall Bell (4), otro factor que debilita esa parte del útero en las ya operadas y al presentárseles partos sucesivos.

Carsten (5), de Detroit, hace responsable al catgut crómico de las rupturas en algunos casos, y en otros, a que los puntos de han apretado demasiado, produciendo en ambos unión defectuosa y hasta infecciones.

Sobre este último punto, la defección espontánea parcial de la sutura uterina en operadas de cesáreas,

(1) *The Am. Jr. of Obstetrics*. T. LXXIV, pág. 961.

(2) *The Am. Jr. of Obstetrics*. T. LXVIII, pág. 1024.

(3) *The Am. Jr. of Obstetrics*. T. LXXIV, pág. 427.

(4) *The Am. Jr. of Obstetrics*. T. LXXIV, pág. 952.

(5) *The Am. Jr. of Obstetrics*. T. LXXIV, pág. 966

recordaremos la interesante observación del Dr. Augusto Turenne (1), del Uruguay, además de citar los bien conocidos de Jeannin, Lepage, Pottet y otros.

En el caso de Turenne, en la incisión uterina que había practicado, estaba insertada la placenta, pero practicó la cesárea por eclampsia y oclusión del cuello. Habiendo fallecido la operada a las pocas horas, se hizo la autopsia y se descubrió que los bordes de la herida uterina no se habían coaptado, viéndose una hebra de catgut perforante. El catgut empleado era al Cumol número 3, y los puntos sero-musculares, a intervalos de 12 a 15 milímetros.

De Cuba conocemos el caso del Dr. Sergio García Marruz (2), que al noveno día de la operación vió expulsar por la vagina un fragmento de músculo uterino, en el cual se podían ver dos puntos de sutura con cagut iodado y no reabsorbidos.

El riesgo de la ruptura uterina tardía se ha comprobado, tanto en la cesárea por el proceder de incisión longitudinal de Saenger (Brünnings, Voyer, Targett, Everke y Henket), como por el de la incisión transversal de Fritsch (Meyer, Ecsktein, Jardine, Schinck).

Couvelaire (3) hace notar, hablando de los resultados lejanos de las cesáreas, que los embarazos iterativos son posibles, pero las operaciones iterativas

(1) *Rev. Médica del Uruguay*. Año 1916. pág. 58.

(2) S. GARCÍA MARRUZ.—*Archivos de la Sociedad de E. Clínicos*. Año 1916, pág. 3.

(3) COUVELAIRE.—*Considerations sur la technique de l'operation césarienne conservatrice. Annales de Gynecologie et d'Obstétrique*. Tome VI, November 1909, págs. 657 a 689.

son mucho más difíciles y al fin conducen a la histerectomía o a la esterilización de la mujer; y en conclusión, que la cesárea conservadora “no puede salvar indefinidamente la función que quiere conservar y que en plazo más o menos breve tiene por corolario obligado la esterilización.”

Teniendo presente todas esas opiniones autorizadas y las circunstancias de nuestra cliente, nos resolvimos a practicar una laparotomía mediana y examinar el útero para dar con la cicatriz uterina y proceder entonces con conocimiento de causa.

Realizamos la operación con el auxilio de los Doctores Arteaga (a cargo de la criatura) (1), Toñarely y Romero (del campo operatorio), y Prieto (de la anestesia).

Previo minuciosa antisepsia preoperatoria vulvar y vaginal, se desinfectó la piel del abdomen con tintura de iodo. Posición moderadamente inclinada. Una vez practicada la incisión abdominal, se inyecta un centímetro cúbico de ergotina en el momento de incidir el útero, después de haberlo exteriorizado y de desprenderle algunas adherencias laxas del epiploon. La antigua incisión del útero es longitudinal y media y a su nivel la pared muscular parece un poco adelgazada.

Extraído el feto y practicado el alumbramiento, nos decidimos por practicar solamente una cesárea conservadora, a pesar de los inconvenientes de la rup-

(1) Debemos señalar aquí que este distinguido amigo y tocólogo, ha sido nuestro colaborador para este trabajo.

tura de la bolsa, porque el precario estado general de la operada nos imponía una intervención rápida, poco traumatizante. Se suturó el útero con dos planos de catgut crómico, sero-muscular y sero-seroso y por haberlo exigido imperativamente la parturiente se resecaron las trompas entre dos ligaduras. Drenaje útero-vaginal. Sutura de la pared del abdomen.

La operación, muy sencilla y muy rápida, duró en conjunto doce minutos.

El curso post-operatorio fué alarmante en los primeros días, porque la bronquitis que tenía la enferma se exacerbó hasta constituirse una bronconeumonía. Se colocó la operada en posición de Fowler, se le inyectó aceite alcanforado, electrargol, se le aplicaron ventosas, etc.; ya desde el cuarto día mejoró notablemente y con mucha rapidez se repuso, hasta quedar completamente curada.

El feto (varón) de 8 libras de peso, fué extraído por las nalgas, pues estaba en presentación cefálica, pero sin haber encajado. Tardó unos diez minutos en establecerse la respiración fisiológica.

Al quinto día pudo ponerse al pecho de la madre, habiendo recurrido mientras tanto a la alimentación artificial.

Otros detalles dignos de mencionarse son, que tuvo ictero neonatorum muy pronunciado y que la cicatrización umbilical fué algo tardía, al noveno día.

En la actualidad, madre e hijo, cuyas fotografías aquí presentamos, se encuentran perfectamente. (Figura 32.) Hace ahora tres años de la intervención.

PAGES 177-178 MISSING

TECNICA DE LA FIJACION DEL CUELLO DESPUES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN CIERTOS PROLAPSOS GENITALES COMPLETOS

Para orientarnos en el dédalo de procedimientos operatorios preconizados contra los prolapsos genitales, debemos fijar bien la atención en la anatomía patológica y en la patogenia de estos últimos. Solamente así podrá deducirse el valor de las operaciones propuestas y fijar sus respectivas indicaciones.

El olvido de estos factores esenciales, explica el número extraordinario de procedimientos descritos y la frecuencia inmediata o tardía de sus fracasos.

Ante todo, excepción hecha de los prolapsos del útero en las vírgenes y en las nulíparas, en las que el descenso del órgano es la lesión primera y única, prolapso uterino primitivo, este descenso es siempre secundario. Precedido de otras lesiones de la vía genital, este conjunto de alteraciones no puede denominarse con el nombre impropio de prolapso uterino, sino que debe ser sustituido por el de prolapso genital, denominación que sintetiza toda la anatomía patológica del proceso: desgarradura perineal, colpocele anterior y cistocele, colpocele posterior menos acentuado, rectocele raro, retrodesviación y descenso del útero.

El prolapso genital es una verdadera hernia; a

Trelat pertenece la idea de haber establecido esta exacta comparación, que él aplicaba solamente a los prolapsos de la virgen. Como en toda hernia, hemos de considerar el saco herniario y su contenido, las paredes de esta hernia y el orificio herniario.

El saco herniario comienza en el sitio de reflexión del peritoneo parietal sobre la vejiga o fondo de saco pre-vesical, y concluye en el fondo de saco de Douglas; la vejiga, el útero y la pared anterior del recto, pueden considerarse como los órganos contenidos en la pared del saco.

Pero el examen de las paredes de esta hernia y del estado de su tonicidad muscular y el grado de anchura del orificio, son como en toda hernia, pero más aquí en que la resección sacular no puede realizarse, los elementos capitales que deben de tenerse en cuenta para la cura operatoria de la hernia genital.

Con esta cura nos proponemos conseguir: la reducción de los órganos herniados, útero y vejiga; la aproximación de los bordes o paredes de la hernia; el estrechamiento del orificio herniario. Los órganos que en conjunto constituyen el clásico aparato de suspensión del útero, o sean los ligamentos anchos y redondos y la aponeurosis sacro-recto-génito-pubiana, de la que no son más que condensaciones los ligamentos útero-sacros, aparte de que no ejercen acción suspensora sobre el órgano, sobre todo los dos primeros, sino que le mantienen en su posición sagital de anteversoflexión, nada tienen que ver con las paredes de la hernia genital y de ahí el fracaso de su utilización en la cura de los prolapsos.

En el suelo de la pelvis, en los músculos y aponeurosis del periné, aparato de sostén de los órganos genitales, es en donde se encuentran las paredes o *pilares* que podemos utilizar, acercándolos o suturándolos, para estrechar la abertura del orificio herniario.

Los dos elevadores del ano, cuyo papel en la etiología de los prolapsos se ha hecho primordial desde los estudios anatómicos de Farabeuf, de Halban y Tandler, de Violet y de Martín, de Piquard y Hué, forman en el suelo de la pelvis un diafragma o plano muscular cuyos haces internos o pubio-rectales, que se insertan en la cara posterior del pubis a ambos lados de la sínfisis, convergen hacia abajo y atrás para terminarse unos en el recto, en donde se continúan con las fibras longitudinales de éste y otros se entrecruzan en la línea media con las del lado opuesto, abrazando la pared posterior de la vagina y formando así una cincha o asa muscular, verdadero elevador pubio-vaginal que circunscribe la hendidura ovalar o hiatus genitales de Halban y Tandler, por la que pasan la vagina y la uretra.

Estos haces pubio-vaginales reforzados por los transversos perineales, superficial y profundo, con sus dos aponeurosis superficial y media y cuya disociación por las lesiones obstétricas del periné han originado el prolapso, constituyen los verdaderos pilares de la hernia genital. Afrontándolos o suturándolos, se estrecha la hendidura genital, se borra la cavidad vaginal por la aproximación de sus paredes, se suspenden la vejiga y el útero y se realiza, por lo tanto, el tratamiento operatorio de elección, aplicable a casi todos los prolapsos genitales. Esta miorrafia de los

elevadores, ya recomendada desde 1896 por Goubaroff y por Noble, puede practicarse aisladamente, previa disección minuciosa de los manojos pubio-rectales, y esto en las mujeres susceptibles de salir embarazadas puede ser causa de distocia, por lo que es rechazada por Potoki, o puede realizarse en masa, cogiendo profundamente a derecha e izquierda con la aguja curva los elementos disociados de los elevadores y de los transversos perineales con sus aponeurosis, lo que basta en la mayoría de los prolapsos, como lo hace notar, con gran sentido práctico, Forgue. (1)

La colpo-perineorrafia o resección de la pared vaginal exuberante, con miorrafia de los músculos perineales, es operación que por su excelente base anatómica es aplicable a todos los casos, siempre que la atrofia de estos músculos o su excesiva separación no haga ilusoria su sutura, y bastará por sí sola para tratar los prolapsos genitales de primer grado.

En los demás casos, prolapsos de segundo, de tercero y de cuarto grado, habrá que asociarla o combinarla con otras intervenciones, que variarán según las lesiones que acompañen al prolapso y según la edad de la enferma.

Si la paciente no está próxima a la menopausia, sino en plena actividad genital, combinar la colpo-perineorrafia con un raspado previo, seguido de la amputación del cuello si hay metritis o elongación cervical hipertrófica y con la colporrafia anterior, o con una fijación uterina; fijación directa por histeropexia abdominal, o indirecta por acortamiento o por

(1) FORGUE Y G. MASSABUAU, *Gynecologie*, París 1916. Pág. 535.

ligamentopexia de los ligamentos redondos, para remediar la retrodesviación; operaciones todas conservadoras de los órganos y de la función genital.

En las mujeres en las que no tengamos que considerar esta última, menopáusicas o próximas a la menopausia, o aun en jóvenes, pero teniendo ya muchos hijos, la utilización plástica del útero es muy valiosa para la cura del prolapso genital. En estos casos los resultados de la utilización plástica combinada con la colpo perineorrafia, complemento de toda intervención contra el prolapso, son superiores a los alcanzados con todos los otros métodos.

Si el útero no es muy voluminoso, su vaginofijación e inclusión en el tabique vésico-vaginal por el proceder de Schauta-Wertheim, nos da excelentes resultados. Pero puede estar el útero muy voluminoso para ser basculado o luxado al través del fondo de saco anterior y para mantenerle detrás de la sínfisis del pubis y entonces hay que renunciar a esta operación; de lo contrario se corre el riesgo, como en una observación personal de Döderlein, de ver aparecer la gangrena del órgano por compresión del útero basculado en anteversión forzada e irrigado deficientemente. En la actualidad, los adeptos de esta interposición vésico-vaginal del útero, tan en boga durante algún tiempo, van disminuyendo y aun en la misma Alemania ha sido casi abandonada por todos, al punto que Döderlein en su obra (1) escribe que la ha sustituido por la colpo-histeropexia alta.

(1) DÖDERLEIN Y KRÖNING. Ginecología operatoria. Trad. del alemán; pág. 291. Barcelona, 1914, 1915.

Si el útero está muy infectado o fibromatoso, entonces, lo mismo que en los grandes prolapsos de los últimos grados, o en los prolapsos recidivados, la utilización plástica deberá hacerse sobre el cuello después de extirpar el resto del órgano.

La histerectomía abdominal subtotal con fijación del cuello a la pared abdominal, es una operación relativamente sencilla y poco grave y que nos ha dado excelentes resultados, inmediatos y tardíos, en muchos casos y el primero data ya de cuatro años. En uno de estos casos se había practicado dos años antes una histeropexia sin ningún resultado.

Fué a Müller, de Berna, en 1890, a quien se le ocurrió este proceder operatorio en un caso de prolapso inveterado. Legueu, de París, en 1901 describió su proceder análogo al de Müller; realizada la histerectomía subtotal, fija entonces el cuello uterino a la pared cutánea, a la piel del ángulo inferior de la herida, renovando así la antigua histerectomía de pedículo externo. (1)

Jacobs, de Bruselas, en 1895, practicó también la histerectomía subtotal por prolapso, pero en lugar de fijar el muñón cervical a la pared abdominal lo fijaba a los ligamentos anchos, recortados y plegados por la ablación de las trompas y de los ovarios. Jacobs designó su proceder con el nombre de colopexia ligamentaria. (Fig. 33.) Si las lesiones del cuello le obligaban a practicar la histerectomía total, entonces suturaba la vagina a los ligamentos anchos, realizando una colpopexia.

(1) F. LEGUEU.—Clinique chirurgicale, París, 1902, pág. 392.

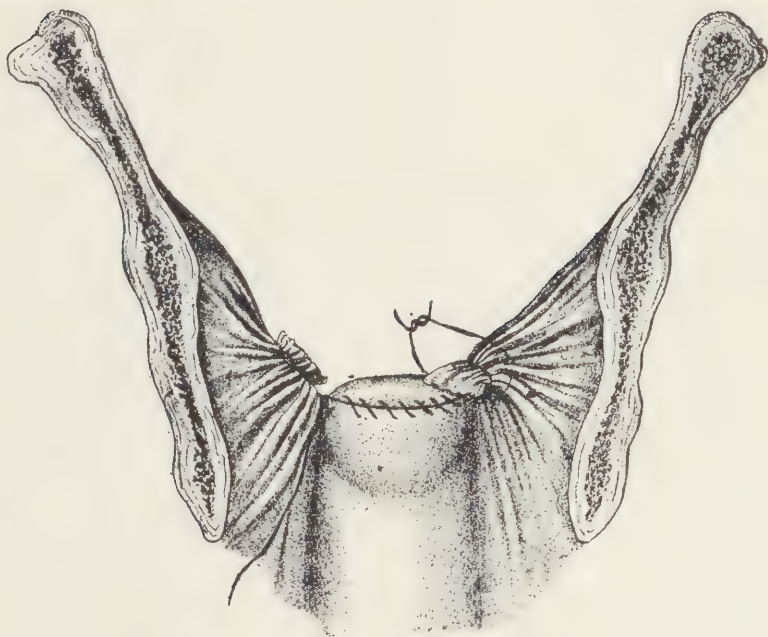


FIG. 33.—Colopexia ligamentaria. (*Jacobs*).



FIG. 34.—Exo-traquelopexia. (*Legueu*).

El proceder de Legueu, como se comprende sin esfuerzo, es muy superior a la colopexia de Jacobs, porque realiza una fijación, a la pared abdominal, más completa, más sólida y más eficaz que la que pueden suministrar al muñón uterino los ligamentos anchos, pero le encontramos el inconveniente de la posible eventración de la herida que, como se ve en la figura, queda en su ángulo inferior deficientemente cerrada; porque en resumen, como hace notar el mismo Legueu, su procedimiento es una histerectomía de pedículo externo, una verdadera *exotraquelo-pexia*. (Fig. 34.)

He aquí como practicamos la pexia del cuello después de la histerectomía subtotal. (Figs. 35 y 36.) Con dos largos y gruesos catguts se atraviesa diagonalmente, por transfixión, el cuello del útero. De esta manera, cruzándose los hilos en el centro del muñón, no se es molestado por las arterias uterinas ya ligadas y que situadas a los lados del cuello quedan fuera del paso de los hilos y de la aguja. Los dos cabos anteriores se pasan al través de los rectos abdominales con sus vainas aponeuróticas, cargando buena parte de éstas. Los dos cabos posteriores son pasados de análoga manera. Al anudarlos, queda sólidamente fijado el muñón uterino a la pared músculo-aponeurótica y a su vez cubierto por esta pared suturada. Se concluye la sutura músculo-aponeurótica y la cutánea, como de costumbre. Se practica en seguida la colpo-perineorrafia para restaurar el periné.

El reproche que pudiera hacerse a una fijación abdominal tan alta del cuello uterino, por la posibili-

dad de trastornos en la función vesical es teórico, porque nunca hemos observado en nuestros casos la menor alteración. Análoga tolerancia ya había sido señalada por Delbet (1) para la histeropexia ístmica, que deberá reemplazar a la antigua histeropexia del cuerpo uterino, definitivamente condenada por sus complicaciones obstétricas.

Con esta modificación sencilla y elegante que hacemos al proceder de Müller y de Legueu, después de suprimir un útero enfermo o voluminoso, se fija directamente el cuello e indirectamente la vejiga y la vagina, por una alta y sólida sutura a la pared músculo-aponeurótica del abdomen. En el mismo acto se complementa la anterior intervención, por la restauración del periné, siempre indispensable en la cura operatoria de los prolapsos genitales.

(1) P. DELBET Y J. CARAVEN. De l'hysteropexie istmique. *Revue de Gynecologie et de Chir abd.* Febrero 10 de 1908, pág. 76.



FIG. 35.—Técnica del Autor. (1)

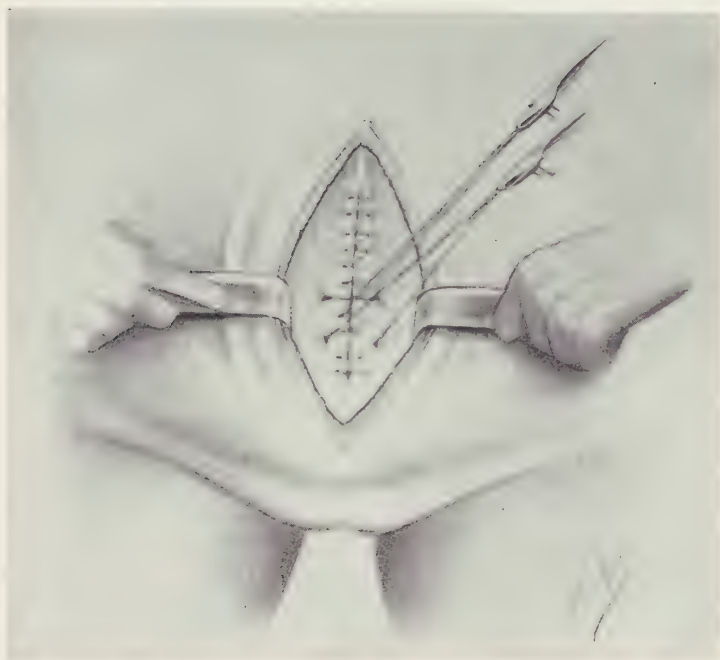


FIG. 36.—Técnica del Autor. (11)

MICOSIS PULMONAR Y OTICA, TREPANACION DE UN ABSCESO INTRACRANEAL, MICOSICO, CONSECUTIVO

La frecuencia creciente de las micosis, es un hecho general que se comprueba revisando la actual literatura médica.

No sólo se describen nuevas observaciones, nuevos casos clínicos, desde que se investigan sistemáticamente las micosis, sino que se descubren nuevos hongos patógenos.

Este nuevo capítulo de la Patología, tanto médica como dermatológica y quirúrgica, pues el polimorfismo de las micosis es uno de sus caracteres predominantes, adquiere así una importancia considerable, sobre todo por desmembrar los tres grandes grupos de enfermedades que simulan las micosis y con las cuales hasta ayer se las confundía: la tuberculosis, la sífilis y los neoplasmas.

El agente patógeno del caso de micosis que vamos a historiar, es un *Oidium*. Se trataría, por lo tanto, de una Oidiomicosis, observada por primera vez en 1894, por Gilchrist, en los Estados Unidos.

Entre nosotros, la más frecuente de estas infecciones parece ser la Sporotricosis, de la que ha publicado una observación (Sporotricosis pulmonar)

el Dr. Grande Rossi. (1) Además, bajo la inspiración del que fué ilustre Profesor de clínica quirúrgica, Dr. Raimundo Menocal, ha publicado un interesante estudio el Dr. Sordo y Cuervo, sobre las "Micosis en Cuba".

OBSERVACIÓN.—*Micosis pulmonar. Otitis micósica consecutiva. Absceso intracraneal, de pus también micósico. Trepanación del absceso. Curación de sus tres lesiones, pulmonar, ótica e intracraneal.*

J. P., natural de Asturias, de 55 años, de edad, residente en Cuba desde hace 36 años, comprador de tabaco.

Antecedentes personales.—Siempre ha gozado de salud. Es sujeto de buena constitución y no hay antecedentes de alcoholismo ni de sífilis. Fué siempre gran fumador.

Antecedentes hereditarios.—Sus padres han muerto. El padre a los 77 años. La madre a los 65, de pulmonía. Tiene seis hermanos, todos sanos; él es el segundo.

J. P., estando en Camajuaní, ocupado en sus negocios, enfermó el 18 de Septiembre de 1912, con escalofrío, fiebre, tos y dolor de costado en el lado derecho del tórax, que le dificultaba la respiración. La temperatura subió a 39°. Refiere el sujeto que los escalofríos le repetían hasta tres veces en el día y que eran prolongados, durando diez minutos o un cuarto de hora. Del segundo al tercer día de su enferme-

(1) F. GRANDE ROSSI.—Sífilis y Esporotricosis pulmonar. *Prensa Médica*, Abril 15 de 1912.

J. SORDO Y CUERVO.—Las Micosis en Cuba. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, T. XVII, No. 21, pág. 589.

dad, se presentó expectoración sanguinolenta. Su médico de asistencia diagnosticó: *pneumonía*.

Todo este cuadro sintomático fué remitiendo lentamente, y a los treinta y seis días del comienzo de su enfermedad, dice el enfermo, fué dado de alta, al parecer, curado.

Como a los cincuenta y dos días, vuelve a sentirse enfermo con fiebre de 38° precedida de ligero escalofrío, tos, expectoración sanguinolenta, dolor de costado en el lado izquierdo del tórax.

Alarmado el enfermo por lo que él consideraba una recaída y por el malestar general, la inapetencia y la demacración que venía observando, determinó venir a la Habana, consultándonos el día 6 de Noviembre.

Examen clínico.—El enfermo está febril, tiene 38,2 de temperatura; pulso 84. Tose con frecuencia y expectora abundantemente. La expectoración es sanguinolenta, ofreciendo el aspecto de jalea de grosella. Cuando tose siente dolor en el lado izquierdo, región posterior, del tórax. Los signos estetoscópicos revelan la existencia de una cavidad hacia la parte posterior y media del pulmón izquierdo. Hemos conocido con anterioridad a este sujeto y podemos así comprobar que su demacración es grande. El examen de los esputos resulta negativo: no hay bacilos de Koch, ni pneumococos.

Con el tratamiento que le ordenamos, desaparecen la sangre y la fiebre y disminuyen la tos y el dolor torácico; pero a los pocos días se recrudecen el dolor y la tos y vuelven a aparecer la expectoración sanguinolenta y la fiebre. Un nuevo examen de los esputos

es tan negativo como el anteriormente practicado. La expectoración se hace tan frecuente y abundante que fatiga mucho al enfermo.

El examen por los rayos X, que le practicó el doctor Francisco Domínguez en el Hospital Mercedes, evidenciaba la existencia de la cavidad pulmonar en el lado izquierdo, y el análisis de los esputos—en sentido de esporos—que el mismo doctor Domínguez hizo realizar en el Laboratorio del Dr. Menocal, en el Hospital Mercedes, acusó la existencia de blastomicetos. Un tratamiento yodurado intenso, fué entonces prescrito. Pero al paso que los signos pulmonares iban mejorando notablemente, el enfermo comienza ahora a quejarse de fuertes dolores en su oído derecho.

Hacemos que el especialista de la Clínica Cova-donga, Dr. Fernández Soto, le examine, y comprueba: “Al examen otoscópico, un tímpano blanco mate, poco sensible a la presión del estilete. No percibe el reloj por vía aérea ni ósea. Rinne negativo. Weber lateralizado a la derecha. No hay fiebre.

“Nos pareció un caso de otitis media, que por efecto de un tímpano esclerosado, no se presentaba con su aspecto otoscópico habitual. Prescribimos unas instilaciones tibias de glicerina fenicada al 1/50. Pronto se atenuaron los dolores de oído, mas se presentaron dolores fuertes en la región témporo-parietal, que las aplicaciones frías o calientes aliviaban poco, necesitando el enfermo tomar aspirina para poder dormir algunas horas. La mastoides no presentaba la menor reacción: ni dolor, ni tumefacción al nivel del antro, ni de la punta.

“Hicimos una paracentesis, que en el mismo momento dió una gota de pus y al día siguiente la mecha que llenaba el conducto apareció impregnada de un pus blanco, espeso y sin olor. Esta supuración fué disminuyendo hasta desaparecer a los diez días. La audición mejora. Reloj a 4 centímetros. Los dolores no desaparecen. Una nueva paracentesis, más amplia, da muy poco pus y se cierra más rápidamente, sin ejercer influencia sobre el dolor.

“Pensamos que la supuración de la caja debió ser producida por el mismo germen de su afección pulmonar y pedimos al Dr. Recio un tubo de agar de Saboureaud y, haciendo una amplia paracentesis, sembramos dicho tubo. El día 14 de Mayo nos envió el Dr. Recio su respuesta: Colonias semejantes a las del *Sporotrichum Beurmanni*. (1)

“Después de esta última paracentesis tratamos la supuración con mechas impregnadas de Yodosol. La supuración desapareció y no se ha vuelto a formar pus en la caja, pues su audición está idéntica al oído sano. Los dolores témporo-parietales no han desaparecido.”

Una nueva radiografía pulmonar que le hizo el doctor Domínguez en la Clínica Covadonga, nos permite ver la disminución notable de la lesión pulmonar. Clínicamente, el estado general del enfermo ha mejorado mucho: ha desaparecido la fiebre, y la tos y la expectoración sanguinolenta han disminuído mucho.

(1) Que fué el hongo que al principio creyeron encontrar los Dres. Menocal y Recio.

Pero en cambio, el dolor en la región témporo-parietal derecha va en aumento; hay un punto sobre todo, que corresponde a unos dos centímetros por encima de la sutura parieto-mastoidea, detrás de la rama posterior de la arteria meningeal media, en el que la sensibilidad es exquisita, no resistiendo la menor presión con el dedo; y como si este enfermo no hubiera de terminar el calvario que viene recorriendo desde hace siete meses, el dolor intra-craneal se hace ahora intolerable, hasta el punto que determinamos trepanarle en el sitio en que suponemos el foco de pus óseo, o intra-craneal, porque el dolor es el síntoma predominante; pero no hay vómitos, ni fiebre, ni neuritis óptica, ni lentitud del pulso.

Una radiografía del cráneo, da una mancha clara en el sitio correspondiente al máximum del dolor.

Operación.—Practicamos la trepanación del cráneo en el sitio del dolor, el día 5 de Abril del corriente año, ayudados por los Dres. Grau San Martín y Muñiz. Agrandamos ampliamente el agujero óseo, y se cae sobre una colección purulenta, como de una cucharada, de pus blanco, espeso. El foco de pus era *extradural*.

Se limpió bien la cavidad; se hicieron toques con solución yodada y se dejó un drenaje de gasa que retiramos definitivamente cuando se agotó la supuración, el 25 de Abril.

Durante el curso post-operatorio, el enfermo descansó del ioduro de potasio al interior por haber ofrecido fenómenos de iodismo, pero ya desaparecidos volvió a administrársele el día 31 de Abril.

En la actualidad, Diciembre de 1913, está curado

de su lesión intra-craneal, lo mismo que de sus primitivas lesiones pulmonar y ótica. (1)

La observación que acabamos de referir, es—como decíamos al principio—un ejemplo más del polimorfismo de las micosis humanas, de la multiplicidad de sus síntomas y de sus lesiones.

Nuestro enfermo—como habéis visto—ha tenido primeramente una localización visceral de la micosis en su pulmón derecho; curado al parecer de ella, se presenta la localización pulmonar izquierda; en el curso de esta última aparece la otitis media, supurada, derecha, y poco después, curada la otitis, el absceso intra-craneal; y tanto la otitis como el absceso extradural, de pus micótico, con el mismo parásito que se encontró en los esputos.

¿Cuál fué en nuestra observación la puerta de entrada del parásito? Sospechábamos que aquí, como en la mayor parte de las micosis, el germen patógeno hubiera sido inoculado por vegetales, sobre los cuales vivía como saprofita en la naturaleza. En los campesinos y en todos aquellos individuos que por su profesión tienen más contacto con los vegetales, son frecuentes las micosis. Nuestro enfermo probaba, en gran cantidad, el tabaco que debía de comprar, y analizadas por el Dr. Recio las hojas de ese tabaco, fué encontrado un *hongo*, un *oospora*, pero no el *oidium* que causó las lesiones del enfermo.

(1) Este enfermo ha muerto seis años después de su operación, en 1917, de arterio esclerosis generalizada, a la edad de 61 años.

La infección en este caso, se hizo por vía respiratoria, determinando las lesiones pulmonares. Y por auto-infecciones sucesivas aparecieron: primero la otitis—propagación a la caja por la trompa de Eustaquio—y después el absceso intra-craneal, sin comunicación aparente con el oído, realizándose seguramente la infección por los vasos que atraviesan el peñasco.

He aquí el estudio del parásito, que con su competencia habitual ha hecho el Dr. Recio:

Aislado en Marzo de culturas de esputos mucopurulentos y sanguinolentos del Sr. J. P. Aislado nuevamente del mismo enfermo por siembras de pus del conducto auditivo externo, lado derecho, y aislado por tercera vez del absceso intracraneal por culturas de pus.

Los caracteres que siguen se han obtenido con la muestra procedente de la cultura del absceso.

Caracteres.—Cultura original en Agar Saboureaud (agua 1000 c. c., peptona 10 grs., glucosa bruta 40 grs., agar 1890).

La colonia única apareció al sexto día, redondeada, pequeña, blanca, brillante y finamente radiada. Vista con la lente se aprecia su estructura filamentososa. Los filamentos se entrecruzan y forman en el centro una masa compacta, ligeramente elevada, irradian divergentes hacia la periferia dando ramificaciones, que forman al cruzarse una malla que se va haciendo menos densa hacia la periferie.

Al noveno día la colonia alcanza 1 cm. de diámetro y en la base de la colonia, en el centro, se aprecia la formación de un pigmento pardo oscuro. A partir del día 11, la colonia alcanza las paredes del tubo, las cuales remontan. Al mismo tiempo, en toda la superficie de la colonia crecen los filamentos aéreos de color blanco brillante, entremezclándose y formando una malla muy intrincada.

La base de la colonia es lisa, consistente y su color ha

pasado del pardo oscuro al negro con bordes ligeramente amarillento, y sin emitir filamentos al interior del medio.

En los días siguientes, la colonia progresa rápidamente. Se invade toda la superficie del medio, y los abundantes filamentos aéreos que de él se desprenden cruzándose con los de las paredes forman un tejido comparable a una mota de fino algodón o a un espeso nido de arañas.

La mancha negra de la base se circunscribe al punto inicial de germinación y el medio nutritivo se deseca tomando el aspecto de caramelo.

Si se trata de desprender con el asa de platino una porción del tejido de la colonia, se comprueba que es muy difícil lograr su disgregación. La colonia se plega, es algo elástica y sólo se obtienen fragmentos de consistencia membranosa con filamentos en los bordes.

Examen microscópico.—Una porción de la colonia examinada en preparación fresca, vista al microscopio, apenas permite determinar su estructura. Las mallas son tan estrechas que sólo se aprecia una masa compacta de color blanco con manchas parduzcas.

Si se disgrega una porción de la colonia, colocándola en agua estéril y con el auxilio de las agujas y de las pinzas al examinar al microscopio, se comprueba que el tejido está constituido por el entrecruzamiento de los elementos micelianos.

El micelio es hialino, segmentado. Los segmentos son de $\frac{1}{2}$ μ de ancho o menores y de longitud muy variable desde dos hasta 11 o más micras. Las líneas divisorias de los segmentos son apenas perceptibles, pero se hacen aparentes si se colora la preparación con el azul de Kühne.

En el interior de la masa hialina que construye el micelio, se aprecian numerosas granulaciones de tamaño variable, redondas, ovaladas, cuadrangulares o irregulares y algunas vacuolas. Las granulaciones son muy refringentes o coloreadas en pardo claro.

No se comprueba la presencia de aparato conidiano. El crecimiento es por división de los elementos del micelio. Tampoco existen clamidosporos.

Resiembras en el mismo medio (agar Saboureaud) colocadas en la estufa a 37°C, germinaron profusamente al tercer día. Parece ser 37°C, por consiguiente, su temperatura óptima de crecimiento. Resiembras anaerobias también en el mismo medio quedaron sin resultado al décimo día. Pero vuelto el mismo tubo a la condición aerobia se comprobó rápido crecimiento desde el cuarto día. En las culturas, el aire es necesario o por lo menos favorece su crecimiento. Al cuarto día se apreciaron los filamentos aéreos a todo lo largo de la línea de inoculación en la superficie del medio. Los filamentos alcanzan las paredes del tubo, para tomar nuevamente el aspecto del tubo original.

Culturas en gelatina inclinada.—A los doce días de la siembra del micelio en la gelatina, colocada en la nevera a 18°C, se aprecia una colonia blanquecina de superficie lisa que se pliega en el centro y se invagina en el medio. La superficie de la gelatina a nivel de la base de la colonia aparece licuada.

En los días siguientes la colonia aumenta de diámetro y por liquefacción rompe el stand o plano inclinado para formar un velo espeso en la superficie de la porción inferior ya licuada.

La colonia es también filamentosa. Los filamentos aéreos aunque mucho más cortos se elevan por las paredes del tubo, siendo de aspecto y estructura semejantes a los descritos anteriormente.

Examinados con la lente aparecen los de los bordes entrecruzados y encerrando entre sus mallas numerosos cristales octaédricos, semioctaédricos, tetraédricos y otras formas derivadas del primer sistema. Estos cristales no hemos podido comprobar si se originan en el medio independientemente u obedecen a alteraciones de su composición o mediante el desarrollo del germen.

Examen microscópico.—La colonia es adherente entre sí, por lo cual con el asa de platino se hace difícil separar una porción sin desprender toda la colonia.

Al microscopio, previa disgregación, aparece el micelio ra-

mificado, tenuemente tabicado, hialino y lleno de vacuolas que alternan con gránulos redondos, cuadrangulares o irregulares de color verde claro.

No existen esporos, ni clamidosporos.

A los 20 días es total la liquefacción del medio.

Culturas en suero de Loeffler.—Las colonias en este medio, sembrado y colocado a 37°C, no aparecen hasta el noveno o décimo día. Se inicia por una depresión en el sitio de la puntura, al mismo tiempo que el medio se oscurece, tomando un tinte amarillo rojizo. La colonia se extiende por toda la superficie del medio, deprimiéndolo para alcanzar las paredes del tubo, las que remonta pero sólo en 1 a 1½ cm.

No hay filamentos aéreos.

El medio es entonces completamente licuado. En la superficie del líquido resultante se forma un espeso velo de 30 mm. de espesor y de consistencia, cartilaginosa.

Examinada una porción de esta parte de la colonia, se observa el micelio de estructura fuertemente granulosa. Los gránulos son gruesos, esféricos o cuadrangulares, disponiéndose en rosario a todo lo largo de los filamentos. El líquido del fondo del tubo está lleno de estas granulaciones libres.

Culturas en agar simple.—En este medio las colonias aparecen al décimo día. Son blancas y filamentosas. Los filamentos aéreos se elevan sólo 2 a 3 mm. La colonia se irradia, remontando por los bordes del medio las paredes del tubo hasta una altura de cm.

El medio se oscurece, tomando color amarillo en los bordes, la línea de inoculación.

Examinadas al microscopio porciones de la colonia, se observan los filamentos tabicados y ramificados con algunos abultamientos a manera de clamidosporos.

No hay licuación del medio en los días siguientes.

Culturas en papa.—La papa parece ser el medio más propicio para el desarrollo de este germen.

Las culturas a 37°C, aparecen desde las 48 horas y el des-

arrollo consecutivo es exuberante. Se inicia la germinación por una irisación a todo lo largo de la línea de inoculación. Los filamentos aéreos se desarrollan rápidamente, elevándose hasta 4 y 5 cm. de la superficie. Son de un blanco purísimo, se entrecruzan y espesan cada día para invadir al sexto toda la superficie del medio, envuelve por último a todo el fragmento de papa dando el aspecto de nido de araña, que describimos al principio.

La estructura de esta masa casi compacta de micelio es análoga a la descrita al describir su desarrollo en el agar glucosado. Se desprenden con el asa porciones membraniformes, quedando el resto arrugado.

Examinados al microscopio se observa el micelio hialino, lleno de gránulos refringentes, y fuertemente ramificado.

Medio artificial de Raulín.—A los 15 días de sembrar un tubo de este medio con un fragmento del micelio, no se obtuvo germinación.

Cultura en caldo glucosado y tornasolado.—Sembrado un tubo de este medio y colocado a 37°C, se obtiene germinación en la superficie al cuarto día. Las colonias forman un velo blanco en la superficie y los filamentos de color blanco ascienden por los bordes del tubo. La base de la colonia es lisa con algunas depresiones, y el medio es ligeramente decolorado en el fondo sin producción de ácido.

Los caracteres microscópicos, semejantes a los anteriores.

Agua peptonizada al 10%.—No hay germinación al décimo día.

Culturas en caldo simple.—A los diez días se observa la producción de copos filamentosos, de color blanco, flotando en la región superior del medio. Estos copos se conglomeran en los días siguientes para formar en la superficie una película gelatinosa densa, de 1 cm. de espesor. Esta colonia hacia el exterior da cortos filamentos aéreos y de su base se desprenden copos, que al mover el tubo descienden hasta el fondo.

Si se desprende con el asa esta capa gelatinosa, a los cua-



FIG. 37.—Cultivo a los quince días. Medio Saboureaud.

tro días se aprecia la formación de otra nueva, tan gruesa y consistente como la primera y que permite invertir el tubo sin que se derrame el líquido.

Al microscopio se aprecian los filamentos hialino granulosos con los caracteres descritos. No se ven esporos.

El líquido que permanece transparente no muestra sino muy escasos gránulos libres.

En glicerina tornasolada no se aprecia germinación.

Formas cortas, de levadura, no se han observado a ninguna época y en ningún medio. La morfología parece ser constante en las culturas.

Patogenicidad.—Un curiel se inoculó con una porción de la membrana filamentosa procedente de cultura en papa.

Se practicó un ojal en la piel de la cara interna del muslo izquierdo. Se decoló la piel y se introdujo bajo ella la porción del cultivo, cerrando la herida con un punto de sutura.

En los tres días siguientes no se observó nada anormal en la región inoculada. Al cuarto día apareció un pequeño absceso, que se abrió espontáneamente por la herida. El pus no contenía el germen ni otros secundarios. La cicatrización consecutiva fué rápida. No hubo infartos ganglionares.

Reacciones con el suero del paciente.—De la cultura en papa se tomaron porciones que, trituradas lo mejor posible y diluídas en solución salina fisiológica, sirvieron de antígeno, con el cual se hicieron ensayos de aglutinación y desviación del complemento en presencia del suero del paciente.

Las aglutinaciones no fueron demostrativas, pues siendo los filamentos entre sí muy adherentes, aunque estén lo mejor disgregados posible, se forman en presencia o no del suero, grumos que pueden dar lugar a falsas interpretaciones.

La reacción de desviación del complemento fué hecha utilizando como antígeno cantidades variables de una emulsión espesa del germen triturado a mortero.

Como testigos se usaron dos sueros de otras personas.

Las desviaciones fueron francamente positivas, aun con pequeñas cantidades (0'050 c.) del antígeno, en presencia del

siero del paciente, en tanto que hubo hemolisis total en tubos conteniendo 0'5 c. c. de antígeno en presencia de los otros sueros.

Debe admitirse por tanto la existencia de anticuerpos específicos en la sangre del paciente, contra el germen que se estudia.

Clasificación.—El blastomiceto que acabamos de estudiar, por su desarrollo y multiplicación, aun cuando carezca de formas de levadura conocida, puede colocarse entre la familia de las Oidia, y en género próximo al Endomyces.

ANEURISMA DE LA ARTERIA AXILAR EXTIRPACION

Lorenzo D., natural de España, comerciante, de cuarenta y un años de edad, vecino de Banes, provincia de Santiago de Cuba, de buena constitución, sin antecedentes patológicos, personales ni hereditarios, dignos de citarse.

El día 16 de Septiembre de 1914, a las nueve de la noche, fué herido por bala de revólver, calibre 32. El proyectil penetró en la axila derecha, por su pared anterior, sobre el borde inferior del pectoral mayor, en la unión de éste con el borde anterior del deltoides, y quedó debajo del tegumento en la pared posterior, accesible al tacto.

Inmediatamente que fué herido, dice el enfermo que sintió un fuerte calambre en el brazo y que éste cayó sobre el tronco, tardando varios días en recuperar los movimientos. La hemorragia por la herida fué abundante, siendo cohibida por la compresión con gasa y algodón, del orificio de entrada.

Desde ese momento, los dolores a lo largo del antebrazo, desde el codo a la punta de los dedos, sobre todo del pulgar, índice y medio, han sido constantes, y últimamente se hicieron ya intolerables; a los doce días le extrajeron la bala, que estaba debajo de la piel en la pared posterior de la axila.

Para aliviar sus sufrimientos le fueron administrados al enfermo diversos calmantes y además yoduro de potasio y corrientes eléctricas. El enfermo empeoraba día por día y casi al mes del accidente, se dió cuenta de la existencia en la axila derecha de un tumor como del volumen de una nuez.

Por indicación de los médicos de la localidad, se decidió a venir a la Habana, viéndole en nuestra consulta el 31 de Octubre.

Estado actual.—Observamos que su brazo derecho está un poco aumentado de volumen, edematoso, sobre todo la mano. La pared anterior de la axila se halla surcada por venas superficiales cuyo trayecto y coloración son mucho más acentuados que en el hombro izquierdo. Los movimientos del brazo se conservan bastante, pero la abducción es dolorosa y limitada. Los dedos no se pueden flexionar, *no tiene fuerza en la mano*, dice el enfermo, y por ende resulta el órgano inútil. La sensibilidad térmica y táctil se conservan.

En la axila existe un tumor del tamaño de un huevo de gallina, situado completamente por detrás del pectoral mayor, pulsátil, fluctuante, con expansión y soplo muy tenue, sistólicos. La presión arterial medida con el esfigmomanómetro de Pachón, acusa para el brazo derecho una máxima de 15 y una mínima de 11. Para el brazo sano, el izquierdo, máxima de 15 y medio y mínima de 11 y medio.

El diagnóstico evidente de aneurisma de la arteria axilar, justifica la necesidad de la

Operación.—El día 2 de Noviembre de 1914, es operado con el concurso de los Dres. Toñarely y Mu-

ñiz, en el Hospital privado Covadonga. Anestesia clorofórmica por el Dr. Prieto.

El volumen del tumor que llenaba la axila, su situación completamente detrás del pectoral mayor, que formaba un voluminoso relieve, en un sujeto bien desarrollado, y los dolores intensos de neuritis que nos indicaban el englobamiento por el tumor, o las adherencias, de las ramas terminales del plexo braquial, nos hacen abordar con brío la región, por una incisión amplia, que aconsejamos para las intervenciones análogas, porque facilita la disociación del aneurisma y del paquete vásculo-nervioso, tan complejo en la axila, lo que constituye la gran dificultad de la operación, pero al mismo tiempo su éxito terapéutico.

Desde la parte media de la clavícula hasta el brazo, debajo de la inserción del tendón del pectoral mayor, hacemos una incisión que descubre el pectoral. Levantado éste con los dedos, fué seccionado por completo, quedando al descubierto el pectoral menor, que dividimos también, separando las dos mitades de sección y quedando grandemente expuesto el paquete vásculo-nervioso con el tumor aneurismático, que ahora parece de mayor tamaño, como el puño de un niño. La arteria axilar es ligada inmediatamente por detrás del pectoral menor, arriba y debajo del tumor.

Disecamos las fibras musculares del córacio braquial y del bíceps, que se adherían al tumor.

La separación de la gruesa vena axilar fué imposible realizarla por su adherencia extensa con el saco, viéndonos en la necesidad de ligarla también arriba y abajo del tumor.

La separación de las ramas terminales del plexo braquial, sobre todo del músculo cutáneo, del cubital y del mediano, fué en extremo laboriosa; especialmente la del mediano, que estaba aprisionado por las paredes del saco y adelgazado y acodado al nivel de un punto que correspondía al orificio de entrada de la bala. Es indudable que el nervio fué aquí parcialmente seccionado por el proyectil.

La disección minuciosa del tumor todavía fué difícil, pues el saco se rompió antes de practicar la ligadura de dos colaterales, que hubo que hacerlo prontamente.

El aneurisma contenía coágulos en cantidad y sangre líquida.

Se procedió después a la miorrafia del pectoral menor, miorrafia del pectoral mayor, y sutura de la piel.

Los resultados post-operatorios inmediatos, fueron sorprendentes: desde que el enfermo despertó ha comprobado la desaparición de sus dolores.

El miembro fué copiosamente envuelto en algodón esterilizado, colocado en posición declive y rodeado de bolsas de goma con agua caliente.

Hacia el cuarto día después de la intervención, el operado tiene un eritema con picor intenso en la espalda, hombro y antebrazo, provocado por el algodón que abundantemente cubría esas regiones y por las bolsas calientes que se le aplicaban.

Se quita todo el apósito; se cubre únicamente la herida, que tenía aspecto completamente normal, con gasa esterilizada y se aplican sobre la piel polvos inertes. Al día siguiente desaparecen el prurito y el

eritema y el curso post-operatorio se realiza sin otro incidente.

A los ocho días se suprimen los *agrafes* de Michel y los puntos de crin de la herida cutánea. Esta ha cicatrizado perfectamente.

Los movimientos del brazo son normales. Los dedos, como antes de la intervención, no se flexionan todavía. La coloración de los tegumentos es normal. Ausencia absoluta de dolores. No se percibe el pulso radial ni cubital.

El operado salió de alta, curado, el día 11 de Noviembre. Pero todavía no podía valerse de su mano.

En la actualidad se encuentra en Banes dedicado a sus negocios.

Consideraciones.—En 1899, en el *Tratado de Cirugía clínica y operatoria*, Delbet, a quien corresponde el mérito de haber abogado desde 1888 (1) por la extirpación de los aneurismas, su verdadera cura radical, en una época en la que esa operación parecía temeraria, en su trabajo sobre el tratamiento de los aneurismas externos, citaba tres casos de extirpación de aneurisma axilar.

En su estadística de 1910, la más reciente que conocemos, Monod y Vanverts (2), reúnen catorce

(1) P. DELBET. Du traitement des aneurismes externes. *Revue de Chirurgie*, 1888, ps. 533 y siguientes y 1889, págs. 21 y siguientes.

(2) MONOD y VANVERTS. Du traitement des aneurismes arteriels. Documents et remarques. *Revue de Chirurgie*, 10 Junio 1910, páginas 1105 y siguientes.

Esta monografía de MONOD y VANVERTS abarca la Bibliografía completa de la cuestión. En el trabajo que sobre el *Traitement des aneurismes arterio veineux*, publicaron después los mismos autores,

casos de extirpación. Todas estas intervenciones han sido seguidas de curación.

Durante la guerra europea se han hecho en Francia varias extirpaciones de aneurismas axilares, por Quenu, Mériel, Mauclair y Duval. Sus operados han curado y las alteraciones nerviosas han desaparecido.

Hay tres puntos capitales en la historia de los aneurismas axilares: el ser muy dolorosos, por las conexiones del aneurisma con el plexo braquial; el ofrecer la marcha más rápida de todos los aneurismas (Delbet), y el imponerse como tratamiento de elección para ellos, la extirpación. Sólo la ablación del saco puede hacer desaparecer los fenómenos nerviosos, dolores y parálisis, que son tan frecuentes y que tanto agravan el pronóstico de los aneurismas axilares.

La ligadura de la arteria axilar o la de la subclavia se han abandonado actualmente. Exponen a la gangrena y dejan el saco que ocasiona los trastornos nerviosos.

En dos de las observaciones referidas por Delbet y en los casos de Gross, de Nancy, y Arcoleo, de Milán, citados por Monod y Vanverts (1), la vena axi-

en la *Revue de Chirurgie*, 10 de Octubre 1910, ps. 729 y siguientes, se encuentran entre las observaciones de cirujanos de distintos países, las de los Dres. MENOCAL y PRESNO Y BASTIONY, sobre aneurismas arterio-venosos popliteos, publicadas en la *Crónica Médico Quirúrgica*, 1891, y en la *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 1908, respectivamente.

(1) *Revue de Chirurgie*, loc. cit. pág. 1107, 1910.—La observación de Arcoleo, se refiere también en el *Journal de Chirurgie*, No. 5, 15 de Mayo de 1909.

lar ha sido sacrificada impunemente; así ha sucedido también en nuestro caso. Y aquí se plantea un interesante problema quirúrgico.

Para el Profesor Oppel, de San Petersburgo, cuando un miembro está amenazado de gangrena por ligadura de su arteria principal, precisamente se favorece la circulación colateral por la ligadura de la vena; si la compresión de la vena devuelve su coloración al miembro, no hay que vacilar en ligar la vena. Así lo ha comprobado Archangelsky (1) en una observación de ligadura doble de la arteria y vena axilares, con conservación del miembro, por heridas múltiples de estos vasos, producidas por disparo de escopeta en un joven de veinticinco años. La pared anterior de la axila estaba destruída y la posterior infiltrada de sangre. A pesar de todo esto, la doble ligadura no dió lugar a la gangrena.

En los *Trabajos de la Clínica quirúrgica del Profesor Oppel*, de San Petersburgo (2), Nielle, estudiando experimentalmente esta cuestión, demostró que cuando después de la ligadura de un grueso tronco arterial la presión en las arterias subyacentes cae a una cifra muy baja, como generalmente sucede, incompatible con la vida de los tejidos, la ligadura de la vena homónima levantará esta presión, evitándose así la gangrena del miembro. Analizando después las estadísticas de ligadura simultánea de la

(1) A. ARCHANGELSKY. Ligature de l'artère et de la veine axillaires, avec conservation du membre. *Chirurgia*, Diciembre, 1913. *Journal de Chirurgie*, Abril 1914, pág. 471.

(2) Tomo II, 1910, p. 69. *Journal de Chirurgie*, VI, 1911, página 642.

arteria y vena femorales, encuentra una proporción de gangrena inferior a la de la ligadura de la arteria sola.

Krüger, en siete casos de resección de la arteria y vena femorales, cita un caso de gangrena, en tanto que encuentra tres en ocho casos de resección de la arteria sola. Kageyama da cifras más elevadas de gangrena: ligadura aislada de la arteria femoral por tumor, 58 por 100; por traumatismo, 60 por 100; ligadura de la arteria y vena femorales, por tumor, 28,8 por 100; por traumatismo, 36 por 100.

En lo que respecta a los vasos axilares, se encuentra en la literatura quirúrgica la ligadura simultánea de la arteria y de la vena, en los casos de Bardeleben y Roux, citados por Delbet; en los de Gross y Arcoleo, citados por Monod y Vanverts, y en los casos citados anteriormente y realizados durante la guerra en Francia; en todos estos casos, precediendo a la extirpación de un tumor aneurismático. Además, la observación de Archangelsky, ligadura simultánea de la arteria y vena, por traumatismo. En ninguno, gangrena de la extremidad.

Del examen de estas estadísticas, parece deducirse que la ligadura simultánea de la arteria y vena principales, expone menos a la gangrena—como lo señaló Oppel—que la ligadura aislada de la arteria. De manera que si en el momento de la intervención, ligada ya la arteria principal, comprimiendo la vena homónima se eleva la presión sanguínea, observándose la hiperemia arterial del miembro, deberá entonces ligarse la vena correspondiente.

VIAS DE ACCESO A LOS VASOS Y PAQUETES VASCULO-NERVIOSOS PROFUNDOS (1)

En toda intervención quirúrgica, la *vía de acceso* que el cirujano traza para penetrar en la profundidad de una región es el tiempo capital del acto operatorio.

Esta vía de acceso se obtiene:

1º Colocando la región en una posición adecuada.

2º Trazando las incisiones necesarias, completadas por maniobras de desbridamiento, separación de planos, aislamiento de órganos.

La *posición operatoria* difiere de la posición normal o de exploración clínica. Es una actitud pasajera que se adopta para facilitar el trazado de la línea operatoria, y mantener después bien expuestas las partes profundas. (Posición inclinada o de Trendelenburg para las intervenciones sobre los órganos pelvianos; lordosis dorso-lumbar para las operaciones sobre las vías biliares; escoliosis lumbar para las operaciones sobre el riñón, etc.)

Los datos anátomo-topográficos indicarán la situación y la dirección de la *incisión operatoria*;

(1) En estas lecciones del Curso de Medicina Operatoria de 1918 a 1919, recogidas por los alumnos señores Fiterre, Ramírez, Machin, Fernández, R. Fas, H. Alvarez, Ponte, Clara y Cabrera, se expone en conjunto un resumen de lo consignado en recientes Monografías, Tesis y Revistas, sobre las nuevas Técnicas por amplias vías de acceso, que nos permiten hoy abordar con seguridad la cirugía vascular.

pero además de *anatómicas*, para ser útiles estas incisiones deberán ser *quirúrgicas*, esto es, suministrar un acceso amplio y seguro sobre los órganos profundos.

La separación de los planos se realizará a través de los intersticios que separan los músculos, de los planos decolables que separan los órganos; pero si fuese menester, seccionaríamos músculos y huesos, sacrificándolos temporalmente y reparándolos después, como se hace con los tegumentos: *reconstituyendo la región*.

Descubiertos los órganos profundos por una amplia vía de acceso y bien expuestos por una posición adecuada de la región y una gran separación de las partes superficiales, el acto operatorio más complejo parece simplificarse.

Estos principios fundamentales de la técnica quirúrgica, que tanto han contribuido a sus maravillosos avances, aplicados a la moderna cirugía vascular, han permitido nuevas intervenciones, que relegan a un plano secundario las ligaduras arteriales a distancia, únicas operaciones a las que se limitaba en la Medicina Operatoria clásica la cirugía de los vasos.

En primer término, las ligaduras a *distancia* en arterias sanas, muy pocas veces se presentará en clínica ocasión de practicarlas: son operaciones excepcionales. Con mayor frecuencia, el práctico tendrá necesidad de descubrir ampliamente los paquetes vásculo-nerviosos, para ligar *en la misma herida*, previa hemostasia provisional, *los dos extremos del vaso lesionado*, cerciorándonos de que ninguna co-

lateral nazca del segmento intermedio entre las dos ligaduras, para evitar una hemorragia secundaria; para suturar arterias, venas o nervios de grueso calibre; para reseca porciones vasculares trombosadas; para extirpar aneurismas, ya que la extirpación es su tratamiento de elección, mucho más eficaz y menos peligroso que la ligadura a distancia, su tratamiento de excepción; o para intentar la obliteración del saco si el aneurisma es sacciforme: endoaneurismorrafia de Matas.

En segundo término, cómo precisar sobre una región infiltrada por la sangre, convertida en un gran hematoma, el sitio preciso de la herida vascular? Se trata de arterias o de venas, del tronco principal o de colaterales, o de ambos a la vez?

Si no queremos exponernos a tanteos peligrosos, a dividir la región sucesivamente por distintos sitios, haremos grandes incisiones para ver bien claro; abriremos una amplia vía que nos exponga *simultáneamente la totalidad* de los vasos profundos, troncos y colaterales, arterias, venas y nervios, y que nos permita hacer la *hemostasia provisional* indispensable para toda intervención sobre los vasos.

En resumen: para las ligaduras a distancia, en arterias sanas, al través de tejidos sanos, a fin de obtener la hemostasia preliminar en ciertas intervenciones: ligadura de la iliaca interna en la histerectomía abdominal por cáncer del útero (1); de la caró-

(1) J. A. PRESNO.—La láparo-histerectomía total precedida de la ligadura de la arteria iliaca interna en el tratamiento del cáncer del útero. *Actas y Trabajos del Primer Congreso Médico Nacional*, pág. 308. Habana, 1905.

tida externa en las operaciones sobre la lengua; en los aneurismas inextirpables, los procedimientos llamados de anfiteatro son suficientes, y para estas ligaduras la obra maestra de Farabeuf quedará consagrada como el *Monumentum ære perennius* de la Medicina Operatoria en el cadáver.

En todas las demás eventualidades ya citadas de la cirugía vascular, no bastan los proceder de anfiteatro; hay que sustituirlos por la técnica más quirúrgica de la exposición *a cielo abierto*, del *descubrimiento amplio y simultáneo de los paquetes vásculo-nerviosos profundos*. Técnica que los progresos de la cirugía vascular y la experiencia adquirida durante la gran guerra europea, han sancionado definitivamente.

Sin disputa, hay que considerar como indispensables para la educación manual del futuro cirujano, esas “gamas”, como acertadamente designaba el Profesor Segond a los ejercicios *convencionales* de las ligaduras cadavéricas; pero es necesario convenir que se obtendrá aún mayor provecho, si, al mismo tiempo que aquéllos, se repiten los ejercicios *verdaderos*, o por lo menos los más aproximados a la *realidad clínica*, que le ofrecerá al práctico la Medicina Operatoria en el sujeto vivo.

VIA DE ACCESO AL PAQUETE PROFUNDO DEL CUELLO

Ya se trate de los accidentes inmediatos de una herida vascular del cuello: (1) hemorragia más o menos considerable al exterior o formación rápida de un hematoma difuso y progresivo; o de los accidentes tardíos: aneurisma traumático arterial o arterio-venoso, o hemorragias secundarias (por contusión del vaso, con formación y caída tardía de una

(1) Las secciones considerables de los grandes vasos del cuello y de los vasos voluminosos en general, determinarán hemorragias tan abundantes, tan profusas, que no habrá lugar a ninguna intervención quirúrgica. Pero si la herida no es tan extensa, se producirán hemorragias externas, o intersticiales de crecimiento rápido, accidentes muy graves, pero no fulminantes como en el caso anterior, y que darán lugar a urgente intervención operatoria. Ante semejante caso, hay que procurar a toda costa la hemostasia mecánica provisional del vaso herido, por los medios más elementales: comprimiendo los vasos con los dedos, sobre el plano óseo en la raíz de los miembros y en la base del cuello: carótida primitiva sobre la columna cervical, subclavia sobre la primera costilla, femoral sobre el pubis; o por medio de la oclusión de la herida cutánea con una o más pinzas hemostáticas.

Creemos de utilidad añadir en este sitio las conclusiones sobre el tratamiento de los traumatismos de los vasos, adoptadas por la *Conferencia Quirúrgica interaliada*, en su segunda sesión, celebrada durante la gran guerra, en París, del 14 al 19 de Mayo de 1917.

Un proyectil puede determinar al nivel de los vasos, ya una contusión, ya una herida (sección incompleta, sección completa, perforación).

La *contusión* se manifiesta por una trombosis que permanece ordinariamente desconocida, hasta el momento en que aparecen los accidentes de embolia o una hemorragia secundaria.

Las *heridas* se traducen generalmente por una hemorragia externa inmediata en las heridas anchas, por un hematoma difuso en las heridas de trayecto estrecho.

Ulteriormente, en los heridos llegados a los hospitales del te-

escara por su roce a cada latido sistólico con un cuerpo extraño que le erosiona; por ulceración de los vasos en un foco supurado), es siempre indispensable asegurarse primeramente de la hemostasia quirúrgica provisional, a distancia, por una ligadura temporal o por acodamiento del vaso herido, levantándole con un grueso catgut, antes de proceder al tratamiento defi-

nitivo, podemos ver desarrollarse aneurismas traumáticos arteriales o arterio-venosos, consecutivos a una lesión vascular desconocida o no tratada.

TRATAMIENTO:

1º La *contusión* debe ser tratada por la ligadura hacia arriba y hacia abajo de la porción trombosada. La arteriotomía seguida de sutura es muy rara vez aplicable.

2º Las *heridas vasculares con hemorragia externa*, necesitan un tratamiento que empieza en la estación de auxilio y termina en la ambulancia.

a) En la *estación de auxilio*, la conducta variará según la abundancia de la hemorragia. Si la salida de sangre es poco abundante, se hará la compresión por encima de la herida o en la herida misma, por medio del vendaje. Si la hemorragia es muy abundante y persistente, se aplicará un garrote o torniquete. *Todo herido portador de un garrote será provisto de un signo distintivo y puesto inmediatamente en la ambulancia quirúrgica, en donde será operado a su llegada.* Los cirujanos ingleses practican la forcipresura y la ligadura y rechazan la aplicación del garrote.

b) En la *ambulancia de cirugía* se practicará, en regla general, el descubrimiento del vaso herido y la ligadura de los dos cabos en porción sana.

La *sutura vascular*, lateral o circular, es la operación ideal si las condiciones son favorables (lesiones vasculares limitadas y fácilmente accesibles, heridas asépticas pudiendo ser cerradas completamente).

3º Las *hemorragias secundarias* arteriales, serán tratadas por la ligadura de los dos extremos del vaso lesionado, o si ella es imposible, por la aplicación de pinzas permanentes, o por la ligadura a distancia; la amputación queda como último recurso.

4º En las lesiones vasculares con *hematoma difuso*, se hará primeramente la *hemostasis preventiva* (tubo de goma por encima de la lesión, acodadura de la arteria descubierta más arriba); después,

nitivo de la lesión vascular. Si en tales casos se pretende hacer ciegamente la hemostasia directa, se corre el riesgo de ver morir al paciente en la misma mesa, por la forcipresión de los gruesos troncos nerviosos, sobre todo del pneumogástrico que acompaña tan intimamente a los vasos profundos del cuello.

Recordamos un caso de esta dramática muerte,

abertura amplia del hematoma; se terminará por la ligadura de los dos cabos del vaso herido, o cuando es realizable, lo que es raro, por la sutura. En los casos donde la lesión radica sobre una arteria peligrosa desde el punto de vista del restablecimiento de la circulación (poplítea, femoral común, axilar) la introducción temporal de un tubo parafinado ligado sobre los dos extremos del vaso, disminuye el riesgo del esfacelo. El hematoma difuso se complica a menudo de gangrena. *Contrariamente a lo que se ha podido creer, la ligadura de la vena, hecha al mismo tiempo que la ligadura de la arteria, en las heridas simultáneas de los dos vasos, no aumenta el riesgo de gangrena: los disminuye.* Los hechos tienden a probar que en los casos de lesión arterial, la ligadura simultánea de la vena no lesionada es recomendable.

5º En los *aneurismas traumáticos* se debe ante todo, después de hemostasia preventiva, abrir el saco; se tiene así, por el interior de la cavidad, un acceso fácil sobre la lesión vascular primitiva y se puede ligar muy cerca de esta lesión estando seguro de no lesionar, o de no excluir las ramas colaterales que se encuentran en la vecindad inmediata.

a) En el aneurisma arterial, la ligadura de los dos extremos será seguida de la extirpación total del saco, o parcial cuando la extirpación total es demasiado peligrosa.

La sutura del orificio arterial es aquí todavía la operación ideal cuando es realizable.

b) En el *aneurisma arterio-venoso*, más frecuente, menos grave que el aneurisma arterial y que se complica más raramente de esfacelo, la operación ideal es la extirpación de la bolsa y el restablecimiento de la continuidad arterial y venosa por la sutura.

En la práctica se hace más a menudo la ligadura de los cuatro cabos, seguida de la extirpación parcial o total de la bolsa.

Archives de Med. et de Pharm. Militaires y Journal de Chir. No. 5, pág.484, 1918.

que ocurrió no hace muchos años en el Hospital Mercedes.

La amplia exposición del paquete del cuello, que se aloja en el canal carotídeo, se obtiene, abriendo el canal después de colocada la cabeza en extensión y en rotación opuesta, por una incisión sobre el borde anterior (Fig. 38), del esterno-cleido-mastoideo, que divide la piel con las fibras del cutáneo, el tejido celular y la aponeurosis cervical superficial. Incindida ésta sobre el borde mismo del músculo, abierta la vaina que le forma, y rechazado hacia afuera el cuerpo carnoso del músculo, se incinde la hoja posterior de su vaina y se cae sobre el paquete vascular en la parte media del cuello. Es el sitio clásico, de elección, para la ligadura de la carótida primitiva.

Hacia la parte inferior hay que incindir todavía el plano profundo, triangular, del omo-hioideo y la aponeurosis cervical media que le prolonga hacia la base del cuello.

Hacia la parte superior, el tronco tiro-linguo-facial de Farabeuf o las venas aisladas que le forman, el hipogloso mayor y el vientre posterior del digástrico, ocultan los vasos: carótida externa, anterior, más superficial, con sus ramas colaterales; carótida interna, posterior, sin ramas colaterales.

Por la incisión pre-esterno-mastoidea, propuesta por Manec, enseñada por Mignon en el Val-de-Grace, descrita magistralmente por Picqué (1), se pueden practicar todas las intervenciones sobre los grandes

(1) R. PICQUÉ. La voie carotidienne. *Journal de chirurgie* No. 4, 15 Octubre 1912, pág. 429, y *Traité pratique d'Anatomie Chirurgicale*, París 1913, pág. 386.

vasos yúgulo-carotídeos, ligaduras, suturas, extirpación de aneurismas, como así mismo la mayor parte de las intervenciones sobre el cuello: faringotomía, esofagotomía externa, resección del simpático cervical, extirpación de la cadena ganglionar carotídea en el cáncer de la lengua.

Esta ablación de los ganglios, tiempo preliminar de la extirpación del cáncer, exige el trazado previo de la incisión sobre el borde anterior del esterno-mastoideo que al mismo tiempo nos lleva directamente a la carótida externa para hacer la hemostasia de la lengua. Por eso la ligadura de la carótida externa puede sustituir en la práctica clínica a las ligaduras clásicas de la lingual por el proceder de Pirogoff en el triángulo milo-hipogloso-hioideo, o por el de Becard, debajo del vientre posterior del digástrico y encima del asta mayor del hioides.

Para las lesiones vasculares que tienen asiento en la parte más alta y en la base del cuello, la incisión rectilínea que hemos mencionado no basta por sí sola.

Se explica que el esterno-mastoideo, fijo por sus dos extremidades, se deje rechazar hacia afuera por un separador, en la parte media del cuello (piso látero-traqueal), para descubrir el paquete; pero en la parte superior o látero-faríngea y en la base del cuello, (piso látero-subclavio), hay que ampliar la vía de acceso, por sección de las inserciones musculares.

En el primer caso, encorvando la extremidad superior de la incisión, hacia atrás, sobre la cara externa de la apófisis mastoides, hasta debajo de su base, para desprender luego con un cincel la punta de la apófisis y rechazar con el fragmento óseo, el músculo

hacia atrás. Si se reclina la parótida con el facial hacia adelante, y se seccionan el vientre posterior del digástrico encima de su tendón y hasta la apófisis estiloides con una tijera y cerca de su base, si es menester (1), descúbrense los vasos yúgulo-carotídeos hasta la base del cráneo. (Fig. 39.)

En el segundo caso, la sección transversal del esterno mastoideo, a un centímetro por encima de sus inserciones en el esternón y en la clavícula, permitirá abordar el paquete yúgulo-carotídeo en su parte inferior, ligar la tiroidea inferior o la vertebral.

Anatómicamente, en el anfiteatro, se podrá ligar también la porción intra-escalénica, de la subclavia hasta su salida del tórax, que, como se recordará, forma parte de la región carotídea; clínicamente, en el vivo, hay que abordar esta porción por la vía que a continuación describimos.

VIA DE ACCESO

HACIA EL ORIGEN DE LOS VASOS DEL CUELLO

La vía de acceso para descubrir la porción intra-escalénica de ambas subclavias, la porción intra-torácica de la carótida y sub-clavia izquierdas y el tronco bráquio-cefálico y su bifurcación, a la derecha, es de técnica difícil; las lesiones de estos vasos son muy graves; sus heridas ocasionan a menudo la muerte inmediata. Se trata, por lo tanto, de intervenciones de gravedad excepcional, pero no de resul-

(1) COSTANTINI et VIGOT, Traitement des blessures des gros vaisseaux du cou et de leurs branches. *Presse Médicale*, No. 6, 1918, pág. 51.



FIG. 38.—Vía carotídea, trazado de la incisión.

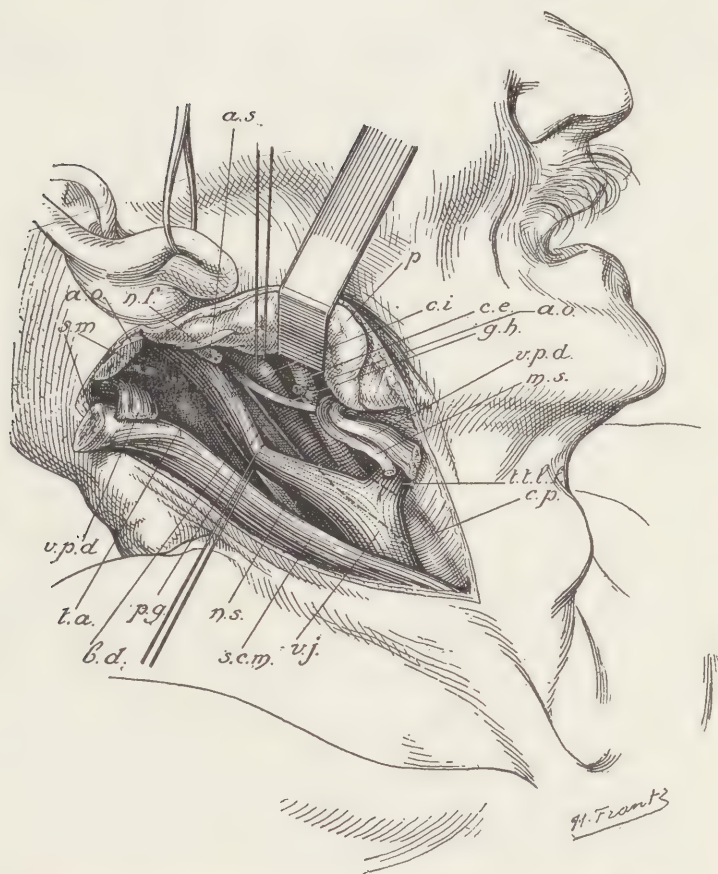


FIG. 39.—Descubrimiento de los vasos yúgulo-carotídeos hasta la base del cráneo, por sección de la punta mastoidea y del vientre posterior del digástrico. (Costantini y Vigot.)

tados desastrosos, como se lee en los clásicos, pues con relativa frecuencia durante la guerra europea se han realizado con éxito ligaduras por heridas y extirpaciones de aneurismas de aquellos vasos.

Una resección temporal ósea, del plastrón esterno costo-clavicular que los oculta, es necesaria.

La técnica descrita por Sencert (1), de la que suministran una exacta idea las figuras adjuntas (Figuras 40, 41, 42, 43 y 44) y que su autor ha repetido sobre el cadáver y realizado con éxito sobre el vivo, es la que mejor provee a la necesidad de asegurar la hemostasia preventiva y de descubrir ampliamente los vasos, principios *sine qua non* de toda cirugía vascular.

Para descubrir la carótida primitiva y subclavia derechas hasta el tronco braquio-cefálico, y la carótida y la subclavia izquierdas hasta su entrada en el tórax, basta la resección de la clavícula; resección indispensable como ya lo demostró Duval, en 1910, en un trabajo para reaccionar contra el “anatema clásico” lanzado contra la ligadura de la subclavia por dentro de los escalenos y contra la “técnica clásica” de la ligadura sin resección ósea. (2) La estadística de Wyeth, citada por Farabeuf daba 13 muertes en 13 casos y los 10 últimos casos reunidos por Monod y Vanverts, daban 0 muertes.

(1) L. SENCERT.—Les blessures des gros troncs vasculaires de la base du cou et leur traitement chirurgical, *Journal de Chir.* XV No. 2, págs. 101 y siguientes.

(2) P. DUVAL.—Technique opératoire. De la ligature de la sous-clavière en dedans des scalènes et dans le mediastin. *Revue de Chirurgie.* No. 12, 1910, pág. 1094.

Se traza una incisión angular que desde el tercio externo de la clavícula sigue su borde superior hasta 2 centímetros más allá de la articulación esterno clavicular.

En la extremidad externa de la incisión se descubre bien la clavícula y se la secciona con la sierra de Gigli o con cizallas. Se secciona el manajo clavicular del esterno-mastoideo, se abre la articulación esterno-clavicular, dejando el menisco unido al esternón. Se continúa la incisión de las partes blandas, piel, tejido celular, pectoral mayor, pectoral menor, descendiendo oblicuamente hasta el borde axilar del pectoral mayor. El colgajo ósteo-muscular así obtenido, es separado abajo y afuera y expone ampliamente los troncos vasculares.

Para descubrir el tronco braquio-cefálico, el trayecto intra-torácico de la carótida y subclavia izquierdas y el cayado aórtico, hay que añadir a la resección de la clavícula la del manubrio esternal, como ya preconizaba Chaisaignac, que encontraba "absurdo" (Farabeuf) el no resecarlo para llegar sobre el tronco braquio-cefálico y como resecan también Bardenheuer, Kocher y Duval.

Siguiendo la técnica de Sencert, se hará una incisión horizontal supra-clavicular, que desde el tercio externo del hueso, se dirige a un centímetro más allá de la articulación esterno clavicular del lado opuesto. Secciónase como en el caso anterior la clavícula, dejando el menisco adherente al esternón. La sección cutánea desciende ahora verticalmente por el borde esternal, hasta la segunda costilla, y desde aquí casi transversalmente hasta el borde axilar opuesto.

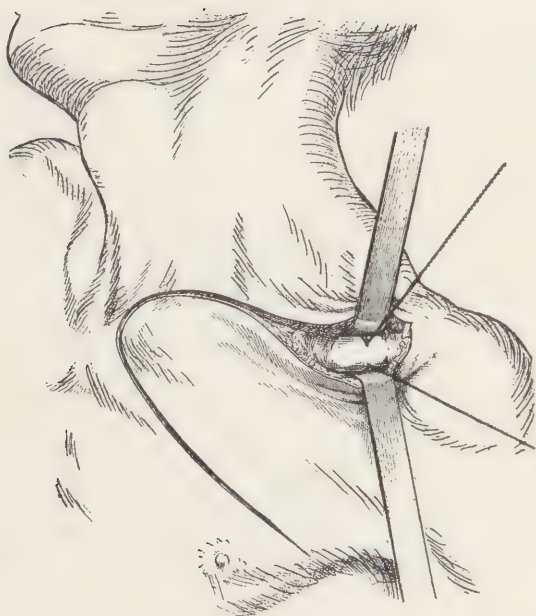


FIG. 40.—Sección de la clavícula con la sierra de Gigli. (*Sencert*).

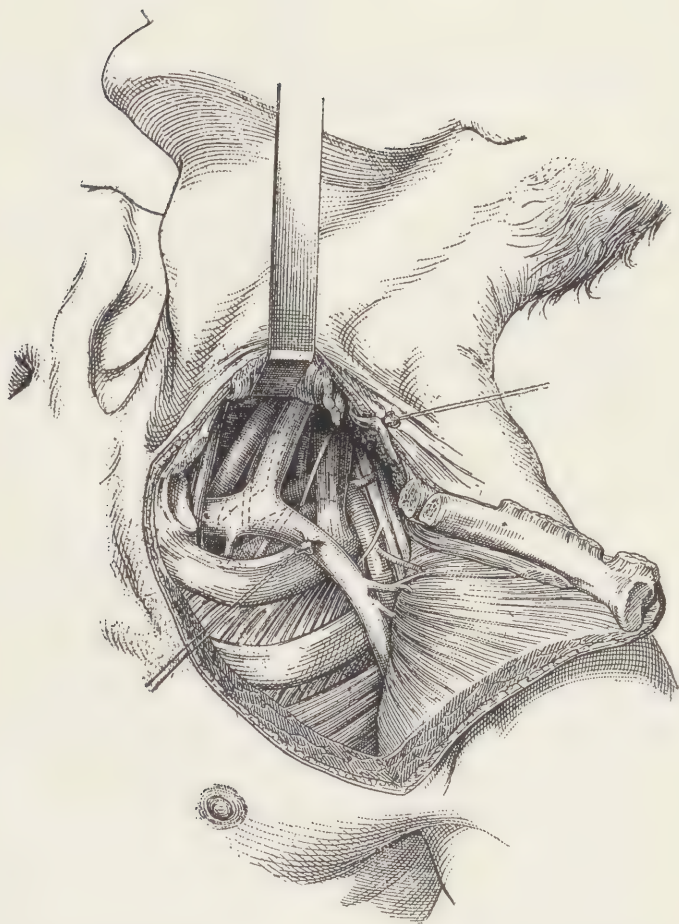


FIG. 41.—Descubrimiento de los vasos subclavios. El colgajo osteoplástico es separado hacia afuera. (*Sencert*).

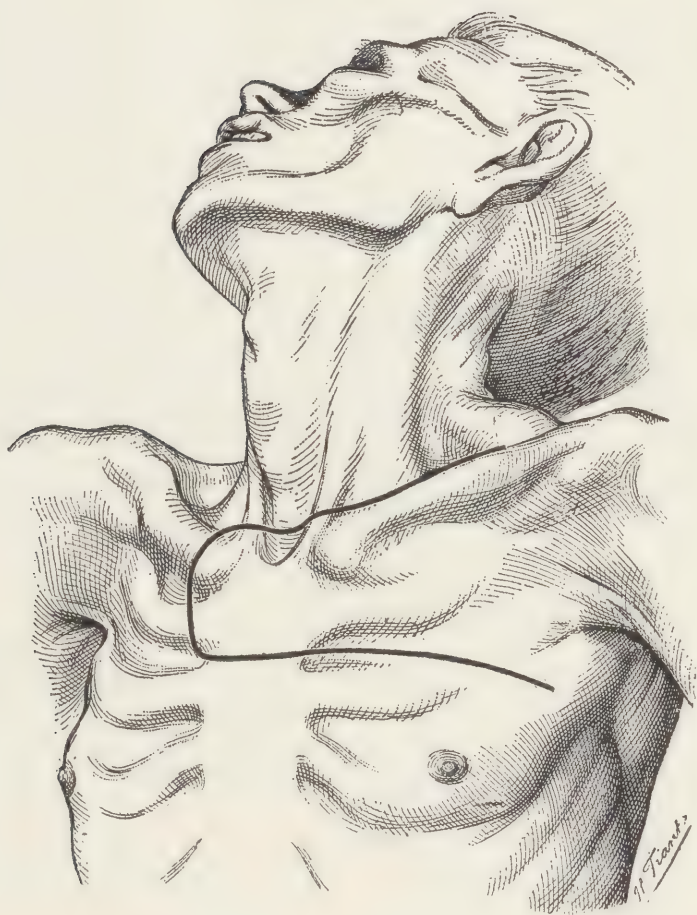


FIG. 42.—Trazado de la incisión para descubrir el tronco braquiocefálico y el cayado aórtico. (Sencert).

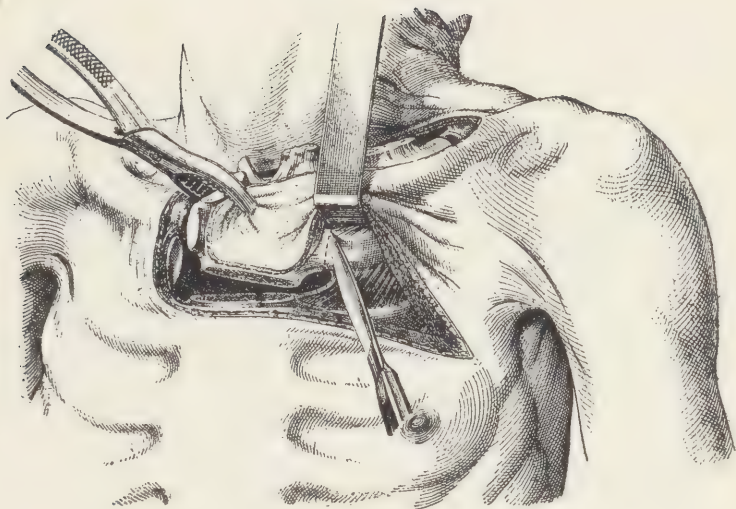


FIG. 43.—Sección de la primera costilla y del puño esternal. (*Sencert*).

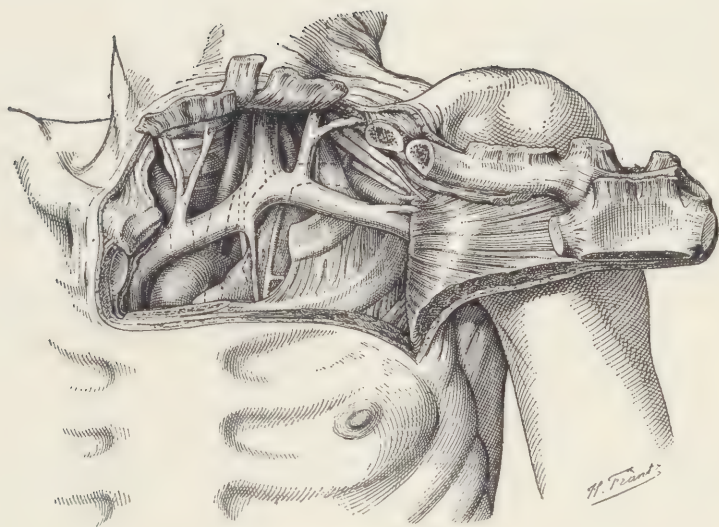


FIG. 44.—El colgajo esterno-clavicular es rechazado afuera, descubriendo los gruesos troncos del mediastino anterior. (*Sencert*).

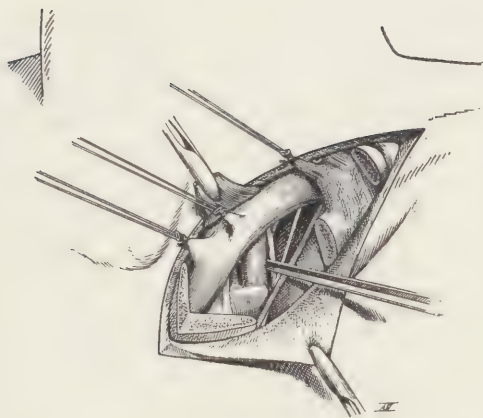


FIG. 45.—Las venas mediastínicas tributarias del tronco braquio-cefálico son seccionadas, y sus extremos centrales levantados por los hilos de las ligaduras, sirven para hacer ligera tracción sobre el tronco braquio-cefálico y disminuir su calibre. (*P. Duval*).

Con el dedo introducido detrás del esternón y levantando éste, se rechazan las pleuras y los pulmones hacia atrás. Se divide con el bisturí el primer cartílago costal junto al esternón y se concluye de desprender las adherencias posteriores del manubrio esternal. Seccionado éste transversalmente, con una tijera, inmediatamente por encima del segundo cartílago costal, se obtiene un postigo esterno-costoclavicular, que abre el mediastino anterior ampliamente, descubriendo: a la izquierda el tronco venoso braquio-cefálico izquierdo, la carótida izquierda, el pneumogástrico, la porción ascendente de la subclavia izquierda. A la derecha, el tronco arterial braquio-cefálico y su bifurcación, el tronco venoso braquio-cefálico derecho; en la parte inferior el cayado aórtico y el origen de sus tres ramas: arteria braquio-cefálica, carótida y subclavia izquierdas.

Como se ve en la adjunta figura de Duval (1), (Fig. 45) al descubrirse el tronco venoso braquio-cefálico izquierdo, que ocupa toda la anchura de la región operatoria, se ven dos o tres venas que ascienden del mediastino para desembocar en su borde inferior; ligadas y seccionadas estas venas, los hilos de la ligadura nos sirven para hacer tracción ligera sobre el tronco braquio-cefálico, elevándose ligeramente y disminuyendo su calibre.

La reconstrucción se hace suturando la clavícula con una pequeña placa de Lambotte y uniendo el pectoral mayor al esterno-mastoideo.

(1) *Revue de Chirurgie*, loc. cit.

VIA DE ACCESO
HACIA LOS VASOS Y NERVIOS DE LA AXILA

Si se piensa un momento en las dimensiones considerables que llega a adquirir rápidamente el hematoma axilar por herida de los vasos de esta región, infiltrándose la sangre, arriba hacia la clavícula, abajo hacia la pared lateral del tórax y por la cara interna del brazo; si recordamos las frecuentes lesiones nerviosas que acompañan a las heridas de los vasos axilares; la complejidad de los elementos que aquí constituyen el paquete vásculo-nervioso, se deducirá el escaso valor que para el clínico han de tener las ligaduras clásicas, que casi nunca se practican, de la axilar debajo de la clavícula y en la parte inferior de la axila, por incisiones que nos permitirán ligar la arteria solamente en su origen o en su terminación, pero no explorar la totalidad del vaso herido, arteria o vena, ni los cordones del plexo braquial, ni extirpar un aneurisma. (1)

La vía quirúrgica de acceso, se obtiene por una incisión de la pared anterior, que abre la región axilar como un libro.

Durante largo tiempo se condenó la ligadura de los dos cabos arteriales en las heridas de la axilar, preconizándose la ligadura a distancia de la subclavia. Se tenía por dogma quirúrgico que la sección de la pared anterior de la axila sacrificaba las colaterales colocadas en esta pared e indispensables al

(1) Véase el artículo: Extirpación de un aneurisma axilar, pág. 209 de este libro.

restablecimiento de la circulación en el miembro superior. Era sobre todo proscrita la hemostasia directa de la arteria axilar, en su *zona peligrosa*, debajo del nacimiento de la sub-escapular. Había que ligar a distancia la subclavia. Los hechos clínicos no tardaron en demostrar estos errores. La axilar se puede ligar en cualquier sitio de su trayecto. Aquí, como en todas las regiones, la ligadura directa de la herida vascular nos coloca al abrigo de las hemorragias secundarias que se observaban en las ligaduras a distancia, comprometiéndose menos la vitalidad del miembro.

Colocado el brazo horizontalmente y en abducción, formando ángulo recto con el tronco, se incide la pared anterior de la axila, oblicuamente, hacia abajo y afuera, desde la parte media de la clavícula hasta el borde inferior del pectoral mayor, un poco por dentro de su inserción humeral. (Fig. 46.) Divídense los planos superficiales: piel y tejido celular, aponeurosis superficial, pectoral mayor; el plano profundo: aponeurosis clavi-córaco-axilar y pectoral menor, y queda al descubierto todo el paquete vásculo-nervioso. Si la lesión vascular estuviese muy cerca de la clavícula, se seccionaría este hueso. Reparadas las lesiones que motivaron la intervención, se reconstruye la pared suturando cuidadosamente los músculos pectorales. En nada se afectan los movimientos de la extremidad.

Por esta vía transpectoral, se hace también el vaciamiento de los ganglios de la axila en la extirpación de la mama cancerosa. Una incisión en raqueta de la pared anterior, permite extirpar las cadenas

ganglionares y los pectorales antes de hacer la ablación del neoplasma.

VIAS DE ACCESO A LOS PAQUETES HUMERALES

Para el paquete humeral superficial: arteria y venas humerales y nervio mediano, la línea de ligadura de Farabeuf, desde el vértice de la axila al medio del pliegue del codo, conduce fácilmente a ellos.

Si la herida fuese alta, tendríamos necesidad de seccionar el tendón del pectoral mayor para facilitar la intervención.

La porción más inferior de la humeral y su bifurcación quedan perfectamente expuestas con la incisión que descubre los vasos profundos del antebrazo en su parte superior.

Para el paquete humeral profundo, arteria humeral profunda con sus venas y nervio radial, cuyas lesiones con gran frecuencia coexisten, puede seguirse la sencilla técnica (Fig. 47) descrita por Maurer: (1) incisión de 8 a 10 centímetros sobre la cara externa del brazo, que desciende a lo largo del canal bicipital externo y partiendo a 3 o 4 centímetros por encima del vértice de la impresión deltoidea y cerca de su rama posterior. Se dividen piel y tejido celular; se descubren las fibras posteriores del deltoides y se mantiene el contacto con la inserción aponeurótica del músculo. Se llega así hasta el hueso. Se des-

(1) A. MAURER.—Contribution a l'étude des plaies vasculaires dans les formations sanitaires de l'avant. These de Paris, 1918, pág. 98.



FIG. 46.—Trazado de la incisión axilar.

insertan con la legra algunas fibras del vasto externo y se descubren los vasos y el nervio radial. Un separador de Farabeuf sobre el labio externo de la herida ensancha el campo operatorio de la región.

VIA DE ACCESO A LOS VASOS PROFUNDOS DEL ANTEBRAZO

El hematoma difuso que se produce en todo el antebrazo, por las heridas de sus vasos profundos, hace imposible el descubrir por las incisiones clásicas aisladas, la radial, la cubital o la interósea.

Descubriremos en conjunto los vasos de la región (bifurcación de la humeral, vasos radiales y cubitales, origen de la interósea), para tratar la lesión vascular y prevenir la gangrena isquémica y séptica que amenaza al miembro, siguiendo la técnica tan simple de Fiolle y Delmas. (1)

Colocado el antebrazo en semisupinación y ligeramente separado del tronco, se incinden los tegumentos desde el borde interno del bíceps, dos traveses de dedo encima del pliegue del codo, siguiendo el tendón del bíceps y descendiendo en medio de la cara anterior del antebrazo, se prolonga oblicuamente hasta el borde externo del antebrazo, en la unión de sus tercios medio e inferior. Fig. 48.)

La vena mediana basilica es seccionada entre dos ligaduras. Se incinden ahora la expansión aponeurótica del bíceps y la aponeurosis antebraquial. No hay que dividir más nada.

(1) J. FIOILLE ET J. DELMAS. *Decouverte des vaisseaux profonds. Voies d'accès larges.* París, 1917. pág. 72.

Un separador de Farabeuf sobre el pronador redondo con el nervio mediano y otro sobre el supinador largo, exponen los vasos profundos cubiertos solamente por tejido celular que se disgrega fácilmente. Si ahora imprimimos al antebrazo un movimiento de pronación forzada, el pronador redondo se deja levantar fácilmente con el separador, descubriendo los vasos cubitales que se ocultaban debajo de los músculos epitrocleares.

Tratadas las lesiones vasculares: ligadura de heridas, resección de segmentos trombosados, extirpación de aneurismas, no hay más que suturar la aponeurosis superficial y la piel.

VIA DE ACCESO HACIA LOS VASOS Y NERVIOS PROFUNDOS DE LA NALGA

Los traumatismos de esta región, si en general no dan lugar a graves hemorragias externas, en cambio producen un hematoma difuso, a veces tan enorme que imposibilita fijar el sitio del vaso herido; y hay aquí tres paquetes vasculares, además del voluminoso tronco del ciático mayor y del delgado ciático menor.

La vía de acceso que los expone en conjunto, descubriendo la escotadura ciática y los vasos y nervios profundos que de ella emergen, por encima y por debajo del piramidal, puede obtenerse al través del músculo glúteo mayor, vía trans-glútea (Mignon), o mejor siguiendo su borde externo, sin dividir las fibras musculares, vía glútea propiamente dicha. (Fiolle y Delmas).

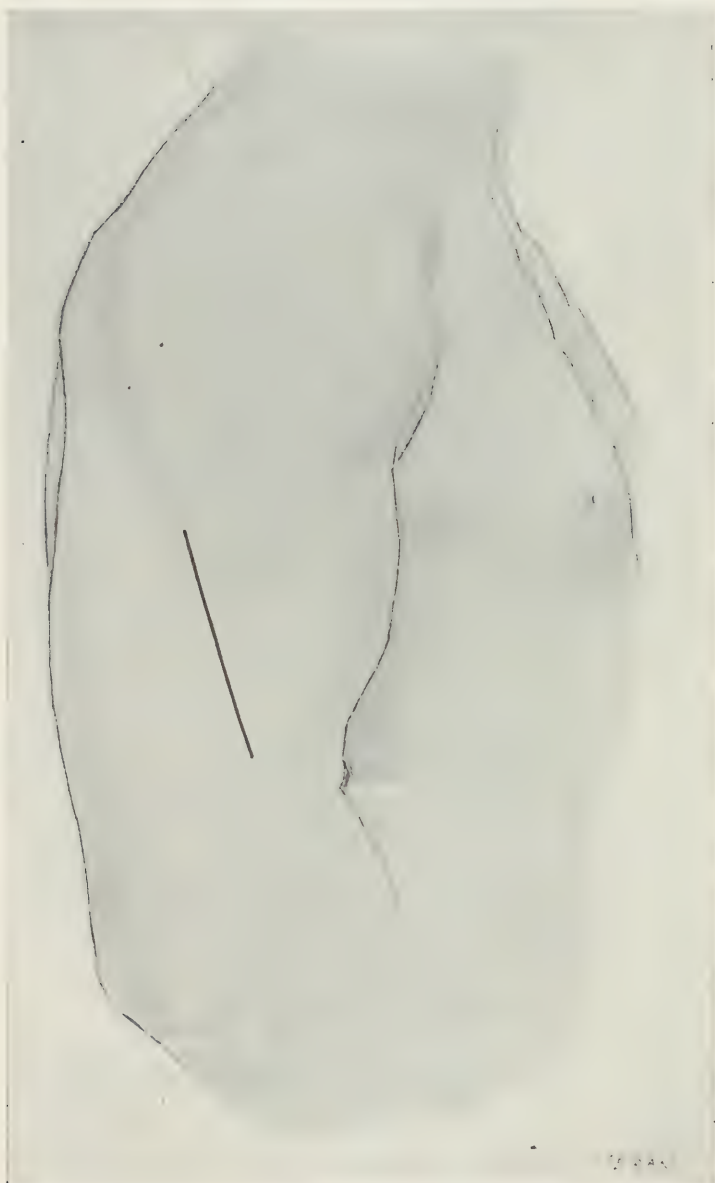


FIG. 47.—Trazado de la incisión para descubrir el paquete humeral profundo.

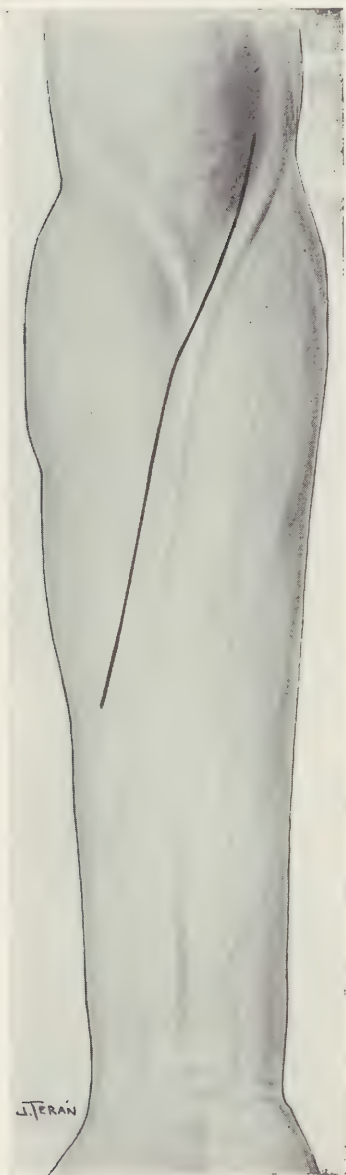


FIG. 48.—Trazado de la incisión para descubrir los vasos profundos del antebrazo.

Por este último proceder se abre una brecha tan enorme, como sencillamente obtenida y pueden repararse lesiones cuyo tratamiento ha preocupado a los mejores cirujanos, que ante las dificultades presentes han llegado hasta a practicar la ligadura de la hipogástrica por el abdomen.

Esta última ligadura es de técnica bien simple, pero exige una laparotomía preliminar que en sujetos cuyo estado general es precario por las hemorragias repetidas, agrava el pronóstico operatorio.

Scott y Mac Lachlan han publicado una observación de esta ligadura, practicada a un herido en el campo de batalla en abril de 1916. El estado del herido era grave por las hemorragias secundarias abundantes que tuvo. En razón de las *dificultades de la ligadura in situ*, en una nalga muy musculosa, dicen los autores que se vieron obligados a ligar la hipogástrica por laparotomía media sub-umbilical. Cesaron las hemorragias y la curación se obtuvo. (1)

Siguiendo la técnica de Fiolle y Delmas, sobre el sujeto acostado boca abajo, (Fig. 49) trazaremos una incisión—análoga a la preconizada por Kocher para la resección de la cadera—que parta del medio de la cara externa del trocánter mayor, suba verticalmente hasta dos centímetros más arriba y desde aquí se encorva dirigiéndose oblicuamente arriba, atrás y adentro hasta unos dos centímetros de la espina iliaca pósterio-superior. Se incinde la piel y el tejido celular, hasta descubrir la aponeurosis.

(1) *Journal of the Royal Army Med. Corps.* 1917 y *Journal de Chirurgie*, 7. XIV, No. 4. pág. 421.

Se divide ésta verticalmente sobre la cara externa del trocánter, hasta sentir el hueso. El dedo penetra debajo del músculo, que se deja separar del plano profundo: glúteo mediano, piramidal, obturador interno y géminos. Con una tijera se secciona, siguiendo la dirección oblicua de la incisión cutánea, todo el borde externo del glúteo, en cuyo sitio se confunden la aponeurosis posterior del músculo y la que tapiza su cara profunda. Con un separador se lleva el glúteo hacia atrás y aparecen los músculos profundos. Por encima del piramidal, entre él y el glúteo mediano se descubren el tronco de la glútea y sus dos ramas. Por debajo del piramidal y de afuera adentro, el tronco voluminoso del ciático mayor, el ciático menor, la arteria pudenda interna, la isquiática.

Como no se han dividido las fibras del glúteo, la reparación es muy sencilla: unos puntos a la aponeurosis, sutura de la piel, drenaje en la parte más declive.

VIA DE ACCESO A LOS VASOS FEMORALES

Para descubrir los vasos femorales superficiales y profundos, desde el arco crural hasta la entrada del conducto de Hunter, basta incindir la piel, el tejido celular y la aponeurosis femoral, siguiendo la línea de incisión de Farabeuf, desde el medio del arco crural hasta detrás del cóndilo interno del fémur. Los vasos femorales profundos deben ser buscados al nivel del borde superior del adductor mediano, uno o dos centímetros del fémur, detrás de los vasos femorales superficiales; si es necesario abordar los va-

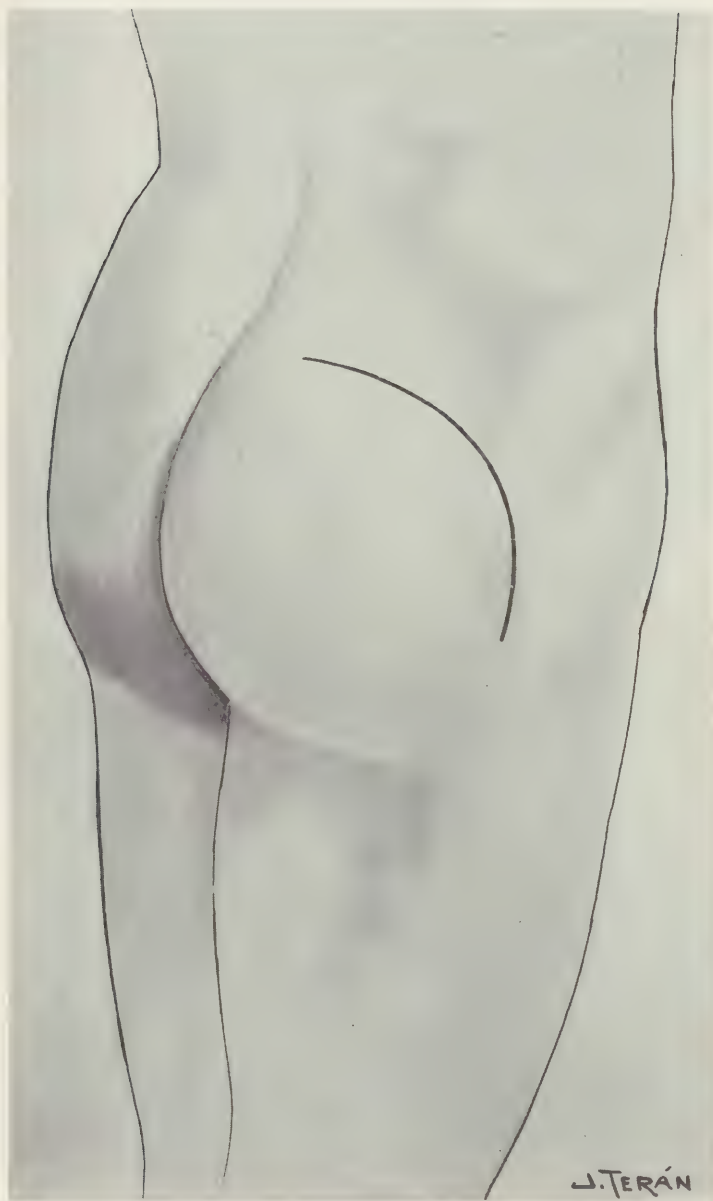


FIG. 49.—Trazado de la incisión para descubrir los vasos y nervios profundos de la nalga.

sos profundos detrás del adductor mediano, se secciona éste. (Maurer.)

Desde el conducto de Hunter al hueco poplíteo, para descubrir los vasos, en su trayecto fémoro-poplíteo, mitad inferior de la femoral y mitad superior de la poplíteo, en casos de lesión vascular del tercio inferior del muslo, cuando no sabemos si la lesión es femoral o poplíteo, hay que trazar una vía de acceso que los exponga en conjunto, sin necesidad de descubrir aisladamente, la femoral en el conducto de Hunter por un ejercicio de Medicina Operatoria clásica, tan brillante en el anfiteatro como inútil en la clínica, y la poplíteo en su parte más alta, por una incisión posterior.

He aquí la técnica que creemos preferible, propuesta por Maurer. (1)

El sujeto se acuesta sobre el lado de la lesión; miembro enfermo en extensión, miembro sano en flexión: pierna sobre el muslo y éste sobre la pelvis. La incisión sigue primeramente la dirección de la femoral en el conducto de Hunter, se acoda después para cruzar oblicuamente en arco la eminencia del tendón del tercer adductor, para terminarse en el medio del hueco poplíteo. (Fig. 50.) Se divide la piel y el tejido celular; se aparta o se liga la vena safena interna, se incinde la aponeurosis del sartorio y rechazándole adelante con un separador, se pasa entre el sartorio y el recto interno, que se reclina con otro separador. Entre los dos músculos aparece el tendón del tercer adductor. Al nivel del conducto del

(1) MAURER, *loc. cit.* pág. 145.

Hunter se incinde la aponeurosis y se descubren los vasos femorales. Se denuda la arteria y se coloca debajo de ella un hilo de hemostasia provisional. Debajo del tendón aparecen los vasos poplíteos, hasta la interlínea articular de la rodilla, sin más que reclinar con un separador los músculos recto interno, semitendinoso y semimembranoso.

Si la índole de las lesiones lo exigiese, esta incisión puede prolongarse combinándola con la incisión media poplíteo.

VIAS DE ACCESO A LOS PAQUETES PROFUNDOS DE LA PIERNA

A. Región anterior.

El hematoma difuso de la celda antero-externa de la pierna, consecutivo a una herida de los vasos tibiales anteriores, es mucho menos frecuente que el hematoma de la pantorrilla, porque la eminencia de la tibia realiza una verdadera protección de los vasos anteriores.

Para descubrir éstos, Fiolle y Delmas han ideado una técnica tan simple y tan ingeniosa como la que descubre los vasos de la porción superior del antebrazo.

En la ligadura clásica de la tibial anterior, ya se trace la línea de incisión de Marcelino Duval y de Farabeuf: de la depresión ante-peronea al medio del espacio intermaleolar, o la de Mignon y Picqué: desde el tubérculo de Gerdy; incíndase la aponeurosis de dentro a afuera, al través y como aconseja Farabeuf para reconocer el intersticio del tibial anterior y



FIG. 50.—Trazado de la incisión para descubrir los vasos fémoro-poplíteos.

del extensor común de los dedos, o incíndase directamente la aponeurosis con ligereza para no interesar las fibras musculares y abrir después con la sonda el intersticio (Picque); en ambos casos, se busca el intersticio muscular en el sitio más difícil, porque es donde los músculos se adhieren. Pero búsquese más abajo, en donde los músculos se separan visible y tangiblemente y no se verá más a los cirujanos luchar contra el inútil escollo, ni “perder el tiempo buscando el famoso intersticio muscular” (Fiolle y Delmas) en cuyo fondo se encuentra el paquete de la celda anterior de la pierna.

Una amplia incisión de 12 a 14 centímetros, (Figura 51) a partir de la depresión pre-peronea, desciende oblicuamente abajo y adentro para terminar así en la cresta de la tibia. Se divide la piel y en el ángulo inferior de la herida entre el tibial anterior y los extensores que se sienten perfectamente, se incinde la aponeurosis. Se cae no en el intersticio, sino en el *espacio* que aquí separa a los músculos. Con el dedo introducido entre los dos músculos y llevado hacia la parte superior de la herida, se va dividiendo la aponeurosis y separándose los músculos que dejan ver a lo largo de la herida el paquete vásculo-nervioso sobre el ligamento interóseo: la arteria rodeada de sus dos venas, el nervio tibial anterior, afuera.

Hecha la ligadura de los dos cabos arteriales, o la extirpación de un aneurisma, no hay más que dar unos puntos a la aponeurosis y suturar la piel.

B. Región posterior.

El hematoma difuso por herida de los vasos de la pantorrilla es grave. Profundamente situados por

debajo del sóleo los tres troncos arteriales: tibio peroneo, tibial posterior y peronea, sus heridas dan lugar a un derrame sanguíneo que se infiltra entre el plano muscular resistente del sóleo y la cara posterior del esqueleto de la pierna; rechaza excéntricamente los músculos, comprimiendo los vasos y nervios vecinos y amenaza con la gangrena isquémica y séptica de la pantorrilla (Sencert).

Una incisión (Fig. 52) de 16 a 18 centímetros sobre la línea media, en la cara posterior de la pierna, prolongación de la incisión clásica para descubrir los vasos poplíteos, que desciende verticalmente, a partir del pliegue de flexión poplíteo, divide la aponeurosis y separa los músculos gemelos. La vena y el nervio safenos externos son rechazados. Con dos separadores de Farabeuf se rechazan adentro y afuera los dos músculos para descubrir el sóleo y por encima de él el paquete poplíteo.

Seccionado el sóleo sobre la sonda acanalada, se aplican sobre su sección los dos separadores y quedan expuestos el tronco tibio-peroneo, el origen de la tibial anterior, la tibial posterior y la peronea, sus venas, el nervio tibial posterior.

Reparadas sus lesiones, no hay más que suturar el único músculo dividido, el sóleo y suturar la aponeurosis y la piel, para reconstruir la región.

VIA DE ACCESO A LA ARTERIA MENINGEA MEDIA

Los principios fundamentales de la cirugía vascular anteriormente expuestos, son aplicables a todas

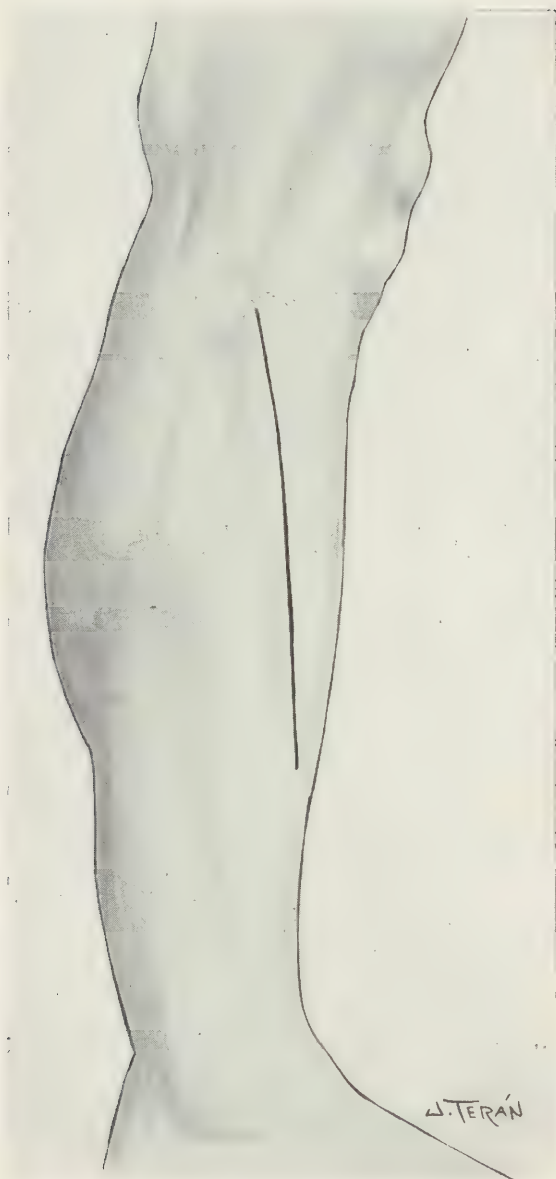


FIG. 51.—Trazado de la incisión para descubrir los vasos y nervios tibiales anteriores, profundos.

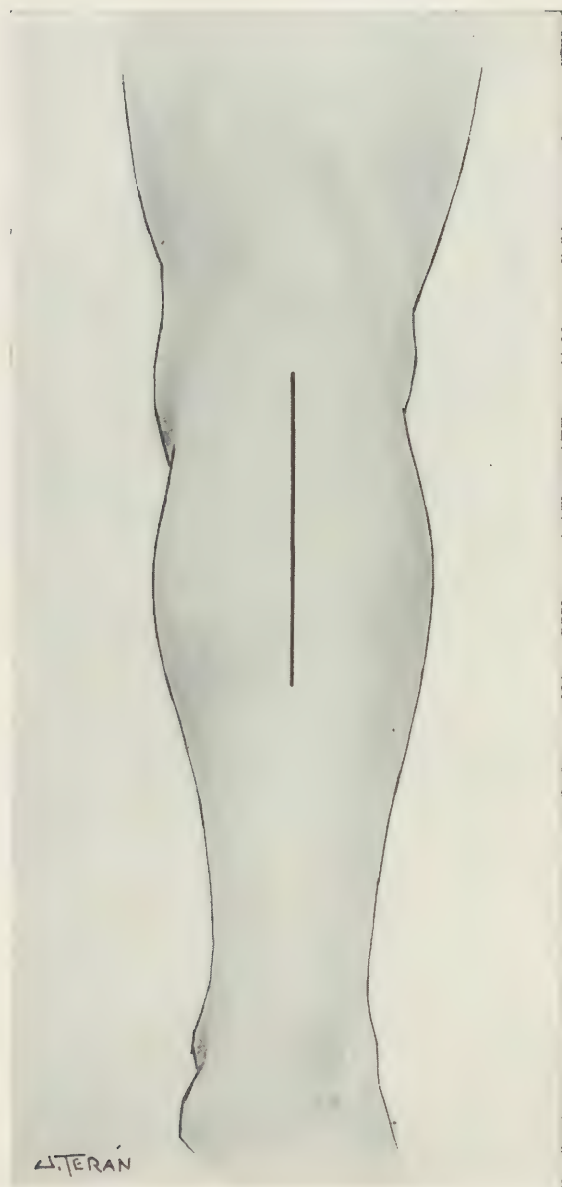


FIG. 52.—Trazado de la incisión para descubrir los vasos profundos posteriores, de la pierna.

las regiones de la economía, lo mismo de las extremidades que de las cavidades espláncnicas.

En la cavidad craneana, el hematoma que produce los graves accidentes de la compresión cerebral, exige urgentemente la abertura amplia del foco para suprimir el coágulo; secundariamente se hará la hemostasia del vaso herido: *arteria meníngea media* las más de las veces, porque ella irriga casi toda la dura-madre y corresponde a la región témporo-parietal, tan expuesta por su convexidad y delgadez a los traumatismos. Pudiéramos, con razón, llamar a la meníngea media: *arteria de la hemorragia extra-dural*, o del *hematoma de la compresión cerebral*. La hemorragia ocupa aquí una zona cuyos límites son los de la región temporal y en la que la sangre derramada despega fácilmente la dura-madre; es la llamada *zona decolable* de Gérard-Marchand. (Fig. 53.)

Si hay ya una brecha ósea, como sucede generalmente en las fracturas del piso medio del cráneo, no habrá más que levantar con una pinza los fragmentos hundidos, para evacuar el coágulo.

Pero si la bóveda está intacta, cómo evacuar el hematoma por el agujero reducido que deja una simple trepanación practicada al nivel de una u otra de las ramas de la meníngea, cuando es imposible determinar clínicamente cuál es la rama herida?

Krönlein aconseja trepanar primeramente la rama anterior de la meníngea, que es la más voluminosa, y si no se la encontrase herida, trepanar la rama posterior.

La rama anterior se trepana en el punto en que la línea vertical anterior, perpendicular a la mitad del

arco zigomático, cruza a la línea horizontal superior que sigue el borde superior de la órbita y que es paralela a la horizontal inferior, o *línea fundamental*, que va desde el borde inferior de la órbita al borde superior del meato auditivo.

La rama posterior de la meníngea corresponde al punto en que la vertical posterior que pasa por la parte más posterior de la base de la apófisis mastoideas, cruza a la horizontal superior o supra-orbitaria.

Entre las dos verticales anterior o zigomática y posterior o retro-mastoidea, tracemos una tercera, vertical media o articular, que pase por la parte saliente del cóndilo del maxilar. Si unimos ahora por una recta el punto de intersección de la horizontal superior y de la vertical anterior, con el punto en el que la vertical posterior alcanza la línea media sagital, se obtendrá el trazado de la línea Rolándica, correspondiendo la extremidad inferior de la cisura al punto en que la línea Rolándica cruza la vertical media.

La bisectriz del ángulo formado por la línea Rolándica y la horizontal superior, corresponde a la línea Silviana, deteniéndose la cisura de Silvio en el sitio en que la bisectriz corta a la perpendicular posterior.

El rectángulo de Bergmann, comprendido entre las dos horizontales y las dos verticales media y posterior, es el sitio de elección para la abertura de los abscesos del lóbulo temporal, consecutivos a las otitis supuradas.

El esquema de Krönlein, que, como se ve en la Figura 54, sirve para determinar lo más importante de la topografía cráneo-cerebral, merece conservarse



FIG. 53.—Zona decolable de Gerard-Marchand. (*Okinczyc*).

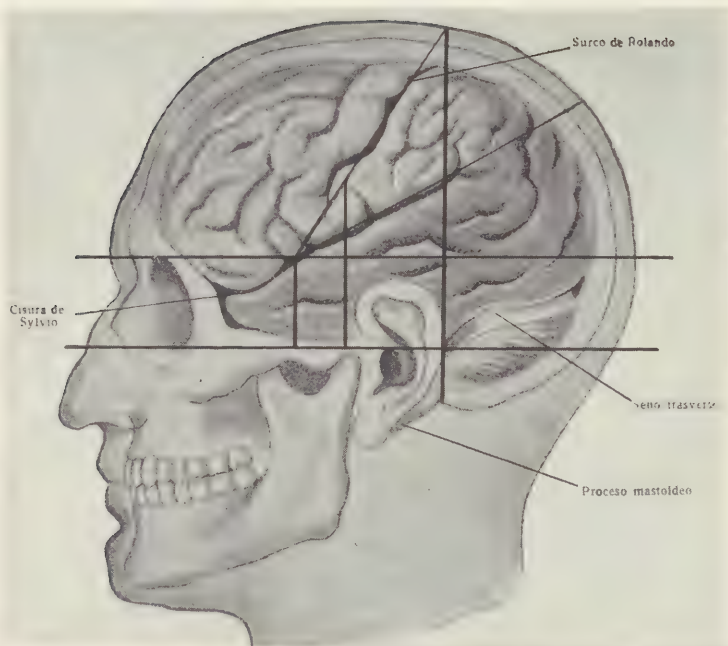


FIG. 54.—Esquema de Krönlein.

por su sencillez y exactitud, lo mismo que el ingenioso procedimiento de la tarjeta de nuestro maestro el Profesor Domínguez. (1) Por más que la tendencia actual de la cirugía de sustituir las trepanaciones clásicas, limitadas a pequeños orificios, por craniectomías o resecciones más o menos extensas, disminuye la importancia práctica de los diversos proceder de topografía cráneo-encefálica.

Además, no siempre el hematoma productor de los graves accidentes de la compresión cerebral será debido a una herida de la arteria meníngea media; puede reconocer otro origen: herida de una vena meníngea o de un vaso de la corteza cerebral.

Si el cráneo está intacto, una craniectomía ósteoplástica, temporal, nos evitará inútiles tanteos, abriéndonos una amplia vía de acceso al interior del cráneo, para extraer el coágulo y hacer la hemostasia por ligadura de ambos cabos vasculares.

Trácese un colgajo de convexidad superior, (Figura 55) de seis a siete centímetros de altura, cuya base corresponda al arco zigomático, desde un través de dedo por detrás de la apófisis orbitaria interna hasta el trago. Seccionadas las partes blandas hasta el hueso, se ligan los vasos temporales, y con la fresa de Doyen se hacen cinco agujeros que limitan un polígono de cinco lados, correspondiendo el inferior a la base del colgajo, y se unen los agujeros menos los dos de la base, por la sierra de Gigli o el cincel de Doyen, o con una pinza cortante. Levántase entonces

(1) F. DOMÍNGUEZ. Procedimientos Operatorios. 1 vol. Habana, 1906.

con la legra la parte superior del colgajo óseo, se des-
pega la dura-madre y se rompe la base por fractura u
osteoclasia, mejor que por sección u osteotomía.
Queda al descubierto la dura-madre. Se evacua el
hematoma compresor, se ligan los dos cabos del vaso
herido, pasando los hilos con una aguja al través de
la dura-madre, o se taponan con gasa o con catgut, el
conducto óseo completo en el cual camina a veces la
arteria meníngea media. Si el cerebro no recupera
sus latidos, esto es, si se sospecha una hemorragia
intra, o sub-dural, es necesario incindir la dura-ma-
dre para evacuar el hematoma y hacer la hemostasia.

VIAS DE ACCESO A LOS VASOS PROFUNDOS DEL TORAX Y DEL ABDOMEN

A. Origen de los grandes vasos del corazón.

Las heridas de los grandes vasos que nacen del
corazón, son casi inmediatamente mortales y escapan
por lo tanto a los recursos quirúrgicos.

Excepcionalmente se refieren casos de herida de
la aorta torácica con supervivencia de algunos días
y hasta de algunas semanas (Perthes). Mauclaire
ha suturado una herida de la arteria pulmonar en
su origen y Eiselsberg una herida de la vena pulmo-
nar izquierda. (1)

Aquí la sutura vascular es el único recurso apli-
cable; no hay que pensar en la ligadura de estos
vasos.

Una operación ha sido propuesta por Trendelen-

(1) MAUCLAIRE.—Chirurgie de guerre, pág. 456. París, 1918.

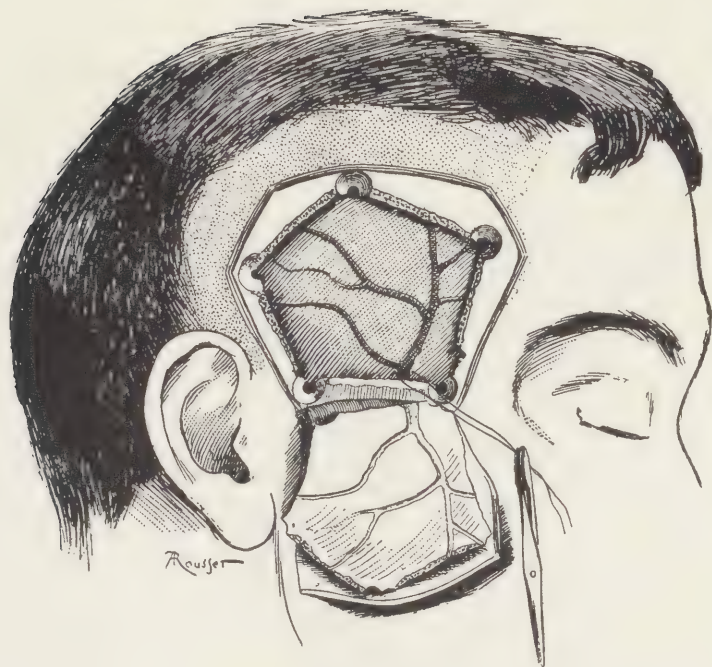


FIG. 55.—Resección cráneo-osteoplástica temporal. (*Lenormant*).

burg y realizada ya varias veces, la arteriotomía de la arteria pulmonar, para extraer el trombus en los casos de embolia pulmonar.

Por lo mismo que es una intervención difícil, aunque sea muy raras veces practicable, creemos útil repetirla como ejercicio operatorio, primero por ser éste el sitio obligado para su estudio, y después para aprender a luchar contra dificultades técnicas reales, que la clínica puede ofrecer. Se trata de una operación tan bien concebida clínicamente, que la aleja por completo de los ejercicios ficticios o convencionales de la Medicina Operatoria clásica, a que nos referíamos al principio.

Teniendo en cuenta que en la mitad de los casos de embolia pulmonar la muerte no sobreviene sino al cabo de quince minutos o más, Trendelenburg pensó que se podía extraer el coágulo después de incisión de la arteria pulmonar. En el XXXVII Congreso Alemán de Cirugía celebrado en Berlín en 1908, el autor describió su técnica.

Si recordamos que la proyección de la arteria pulmonar sobre la pared torácica corresponde a la extremidad esternal del segundo espacio intercostal izquierdo (Fig. 56), se deducirá que la resección de las dos costillas que limitan este espacio, es indispensable.

Una toracotomía por colgajo en U, de charnela externa, correspondiendo a la segunda y tercera costillas, (análoga al postigo precordial de Fontan con resección de las cuarta, quinta y sexta costillas, para las intervenciones sobre el pericardio y el corazón y de las que no nos incumbe tratar ahora), nos conduce

después de la resección costal, sobre la pleura y el pericardio que serán incididos.

En su Clínica quirúrgica de Leipzig, Trendelenburg practicó una incisión en T. La rama vertical (Fig. 57) sobre el borde izquierdo del esternón, de la primera a la tercera costilla, y perpendicularmente a ésta, trazó una incisión horizontal de diez centímetros al nivel de la segunda costilla izquierda; resección de esta última y de la tercera, y abertura de la pleura, respetando la mamaria interna, o ligándola.

Separando ahora los labios de la herida, se perciben los gruesos vasos que se desprenden del corazón. Al nivel del tercer cartílago costal izquierdo, y no más arriba, se incide la hoja parietal del pericardio, por delante del nervio frénico.

Se hace la hemostasia temporal, provisional, de la arteria pulmonar, introduciendo en el seno transversal del pericardio, de izquierda a derecha, bien la extremidad abotonada de una sonda larga y sólida, por detrás de la pulmonar y de la aorta y adaptando después a la extremidad abotonada de la sonda un tubo de goma y retirando la sonda; o bien pasando detrás de los dos grandes vasos, un lazo que permita atraerlos hacia la herida operatoria y asegurar la hemostasia por su compresión total o parcial.

Se dislacara la túnica serosa del pericardio sobre la arteria, se punciona esta con el bisturí, por encima de las válvulas y por el orificio de un centímetro de largo así obtenido, se extrae de la pulmonar con una pinza de pólipos, el o los coágulos. Se aplica lateralmente un clamp sobre la arteria, se suprime la ligadura temporal de la aorta y de la pulmonar para que

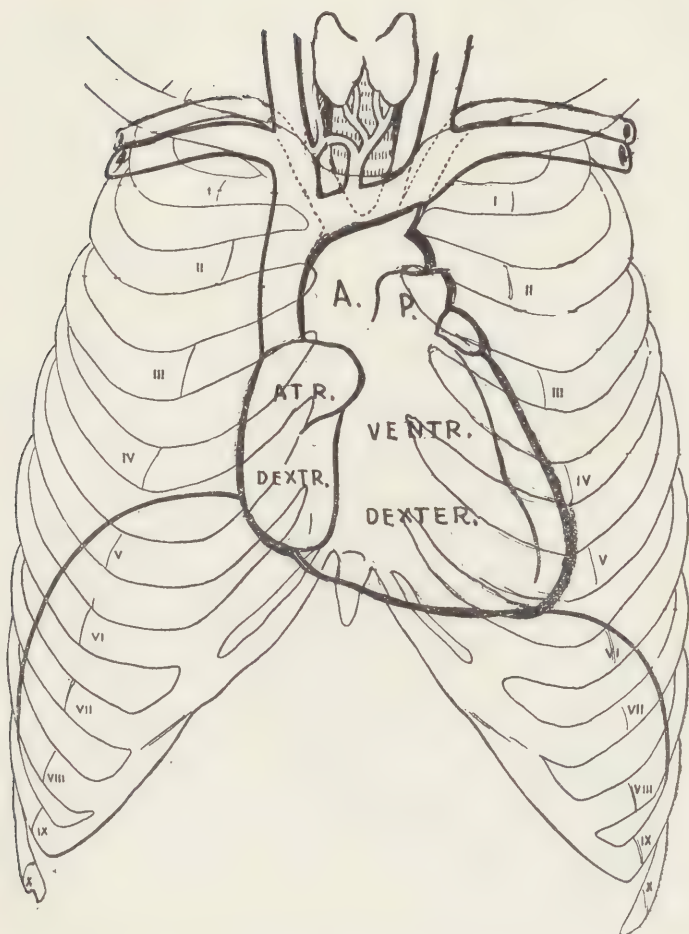


FIG. 56.—Relación de la arteria pulmonar (P) con la pared anterior del tórax. (H. Corning).

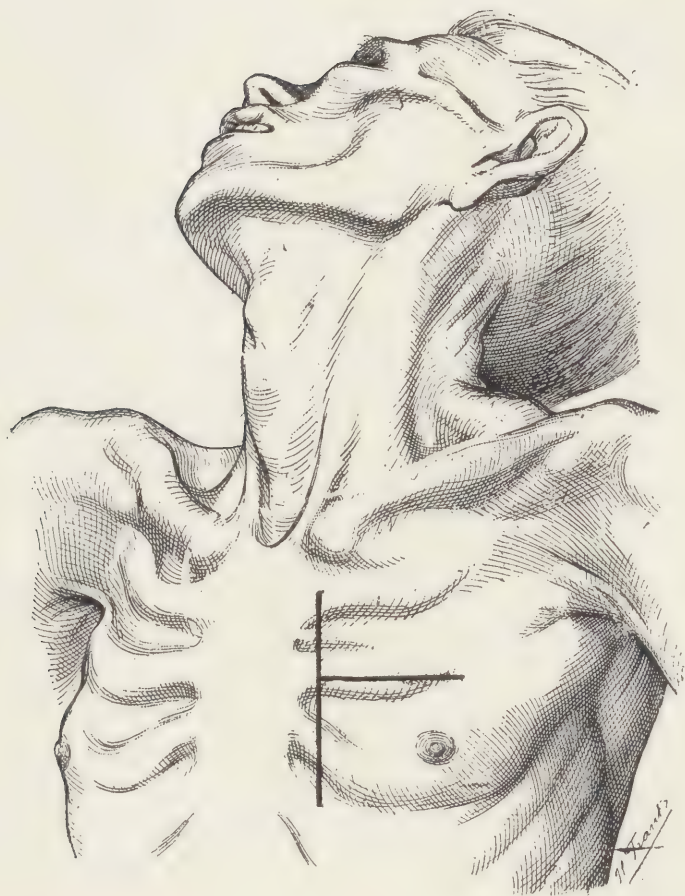


FIG. 57.—Incisión en T, de Trendelenburg.

la sangre pueda correr libremente por estos vasos y se hace la sutura de la herida vascular con puntos separados de seda fina (Figs. 58 y 59), (1)

Para la incisión de la arteria, extracción del coágulo y pinzamiento con el clamp, no puede disponerse más que de 45 segundos, porque la compresión de la aorta y de la pulmonar no se puede prolongar más allá de ese límite. Muy delicadamente hay que hacer todas estas manioras porque la pared de la arteria pulmonar es tan friable como la de una vena.

Como se ha podido comprobar en las autopsias, las embolias se detienen generalmente en las ramas derechas de la arteria pulmonar, especialmente en la rama del lóbulo inferior; por esto Schmid, de Praga, recomienda ir a buscar directamente el coágulo en estas ramas.

Al final de la operación hay que practicar la respiración artificial y luchar contra el pneumotórax insuflando el pulmón.

Desde la comunicación de Trendelenburg en 1908, se han publicado diez observaciones de esta intervención en casos de embolia pulmonar, puerperal y post-operatoria. Las condiciones parecen ser más favorables en el primero que en el segundo caso y aunque todos los operados han sucumbido, se registran observaciones como la de Schumaker, de Zu-

(1) En estas figuras tomadas de Krönig, solo se ha resecado la segunda costilla. Krönig, como se ve, traza un colgajo triangular de base dirigida abajo y a la izquierda, y reseca solamente la segunda costilla porque dada la gran urgencia con que se ejecuta la operación, cree llegar así más rápidamente a la arteriotomía de la pulmonar. (DODERLEIN y KRÖNIG, Ginecología operatoria, Trad. española, pág. 942, 1914-1915.

rich, en que el operado sobrevivió cincuenta horas; lo que hace presagiar según Trendelenburg, que otras intervenciones mejor conducidas, dominándose mejor la técnica, puedan al fin ser coronadas de éxito.

B—Aorta abdominal—Vasos ilíacos.

En el abdomen, la vía de acceso para abordar quirúrgicamente sus vasos profundos, es la abertura de la cavidad peritoneal, la laparotomía.

Sobre la aorta abdominal se han realizado en clínica suturas de heridas o desgarros, casi siempre en actos operatorios (casos de Depage, de Berard, de Braun, todos seguidos de éxito), y también ligaduras en la porción que está por debajo de las arterias renales. Al contrario de lo que pudiera pensarse, esta ligadura de la aorta no es absolutamente fatal ni excluye la probabilidad de una supervivencia definitiva, con tal de que sea posible practicarla por debajo de las arterias renales y de la mesentérica inferior. Un operado de Tillaux murió a los treinta y nueve días y uno de Keen a los cuarenta y ocho días, después de la ligadura de la aorta, sin que en estos dos casos pueda atribuirse la muerte a la ligadura. Su sitio de elección sería la porción de la aorta, de cuatro a cinco centímetros de longitud, que se extiende desde la bifurcación ilíaca hasta la mesentérica inferior y que corresponde a los cuerpos de la tercera y cuarta vértebras lumbares (Chalot y Cestan).

La operación se realizará al través del peritoneo, porque la vía extra peritoneal, despegando la serosa es mucho más difícil y solo tenía razón de ser en la era pre-antiséptica.

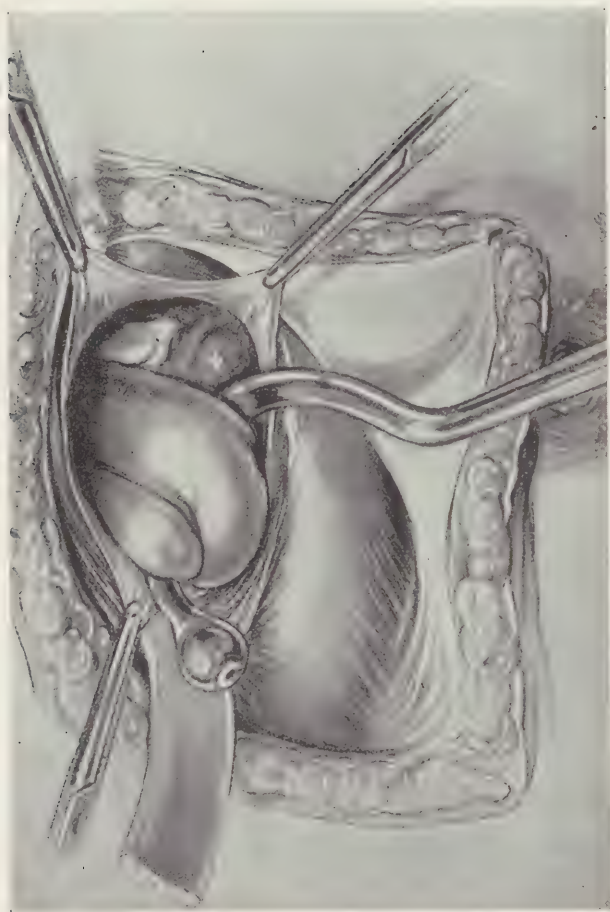


FIG. 58.---Paso del gancho romo para aplicar el tubo de goma detrás de los vasos. (*Döderlein y Krönig*).



FIG. 59.—Constricción mediante el tubo de goma y abertura de la arteria pulmonar. (*Döderlein y Krönig*).

Estaría indicada como recurso supremo, en los traumatismos de la íliaca primitiva; en los aneurismas ilíacos, en los que su extirpación o la ligadura de la íliaca primitiva no fuese practicable y hasta en el mismo aneurisma inferior de la aorta abdominal.

Para los vasos ilíacos: íliaca primitiva, hipogástrica, íliaca externa, la laparotomía es la vía quirúrgica de acceso, únicamente practicable en clínica.

Trátase de una herida o de un aneurisma de estos vasos, o de la ligadura preliminar de la íliaca interna en la histerectomía abdominal por cáncer o en la extirpación abdómino-perineal del recto, o de la ligadura de las venas ilíacas por tromboflebitis puerperal, la vía transperitoneal es indispensable; y la laparotomía mediana infra-umbilical, colocando al paciente en la posición inclinada de Trendelenburg, para rechazar las asas intestinales, expone mejor el campo operatorio que las laparotomías por incisiones laterales de la pared correspondientes al trayecto de los vasos ilíacos, como habían recomendado Marcelino Duval, Cooper y Abernethy, para la vía extra-peritoneal, y Chalot y Cestan para la vía intraperitoneal.

En casos contados, podrá abordarse en clínica la íliaca externa, por la vía anatómica de acceso, por la vía extra-peritoneal, para realizar la ligadura, provisional o definitiva, en casos de aneurismas femorales inextirpables.

La técnica clásica de Cooper y de Farabeuf, tan admirablemente descrita por este último, es la que emplearíamos.

Incisión de cuatro traveses de dedo (Fig. 60), a

dos centímetros por encima del arco crural, comenzando o concluyendo a tres centímetros de la espina del pubis; paralela al arco crural en sus dos tercios internos, se separa afuera cuatro centímetros.

Divídense piel, tejido celular, aponeurosis del oblicuo mayor; se reconoce arriba el borde inferior del oblicuo menor y del transverso; desgárrase la fascia transversalis al través de la cual se toca la arteria y caemos en el espacio celular de Bogros. Se despega fácilmente el peritoneo parietal hasta el sitio de la ligadura y se carga la arteria por su lado externo.

La ligadura de la arteria ilíaca interna, cuyo pronóstico inmediato y lejano es de una benignidad absoluta, debe hacerse lo más cerca posible de la bifurcación de la ilíaca primitiva, si se quiere obtener la hemostasia de todas sus ramas. Dos centímetros de la bifurcación de la ilíaca primitiva es el máximo a que debe ligarse. (1)

Esta bifurcación de la ilíaca es el reparo primordial para la ligadura y por eso deberá siempre denu-
darse bien (Proust y Maurer, Descomps).

Los otros puntos de reparo son: el cruce de la ilíaca primitiva o de la ilíaca externa por el uréter y el cruce de la ilíaca externa por los vasos útero-ováricos. Con la aguja de Deschamps cargaremos de derecha a izquierda, es decir, de fuera a dentro para la hipogástrica derecha, y de dentro a fuera para la hipogástrica izquierda.

Para la hipogástrica derecha (Fig. 61) la arteria

(1) R. PROUST y A. MAURER. Ligature de l'artère hypogastrique dans l'Hystérectomie abdominale élargie pour cancer. *Journal de chirurgie*, No. 2, pág. 141. Aout, 1913.

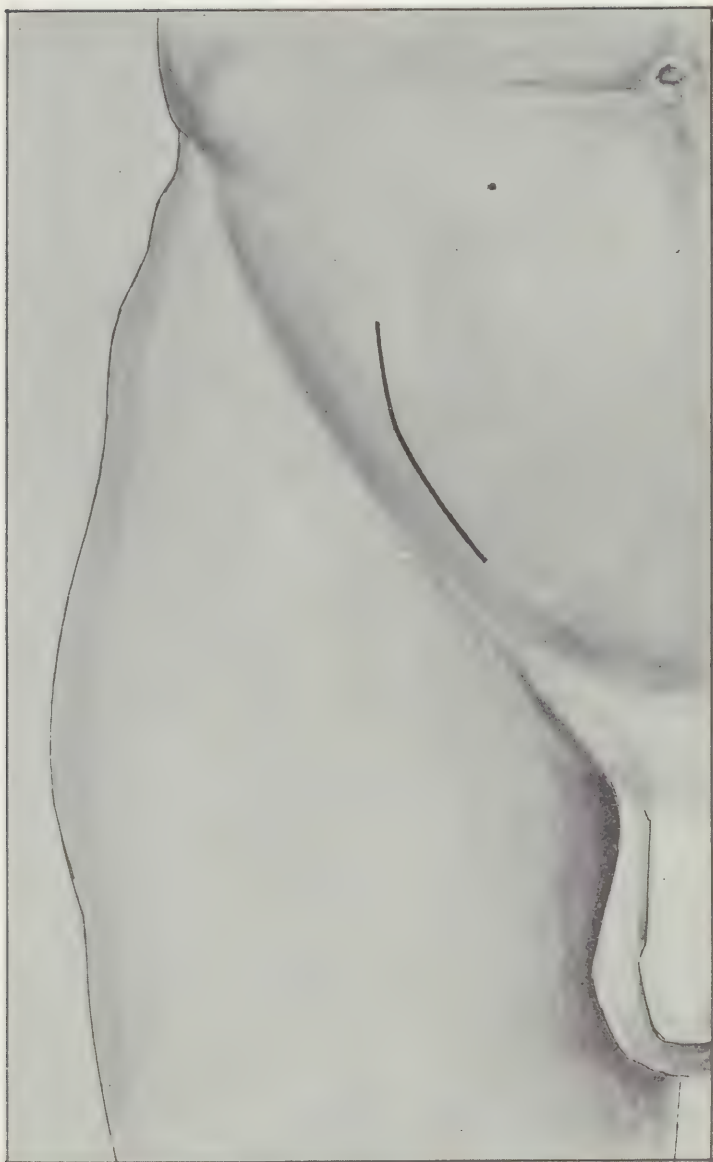


FIG. 60.—Trazado de la incisión extra-peritoneal para descubrir los vasos ilíacos externos.

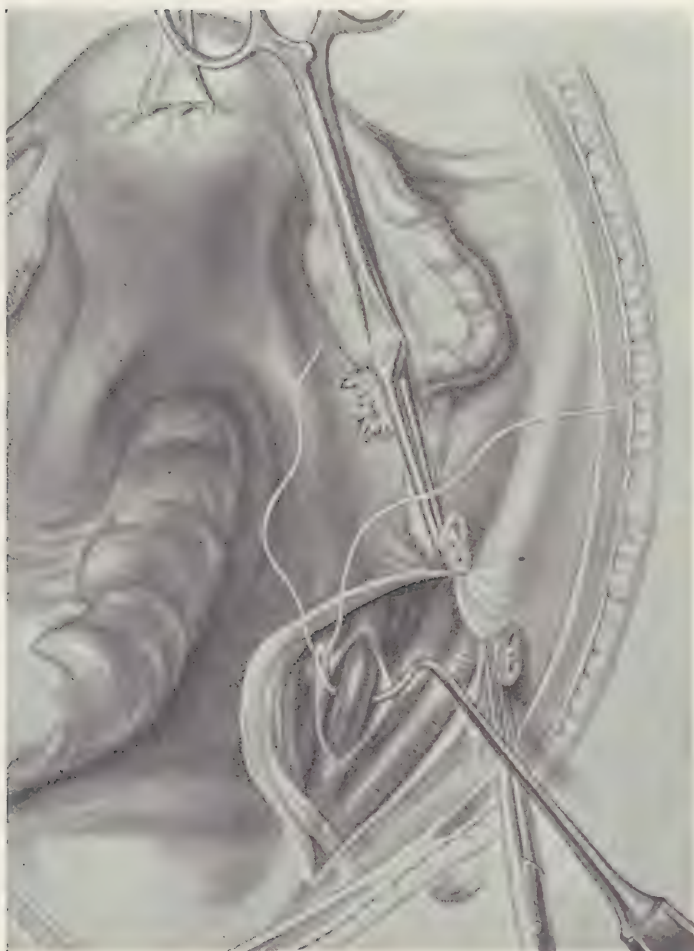


FIG. 61.—Ligadura de la hipogástrica derecha. El uréter ha sido rechazado hacia dentro de la hipogástrica. La arteria es cargada de fuera a dentro después de abrir la vaina vascular. (*Proust y Maurer*).

aparece inmediatamente desde que se separa adentro el labio del peritoneo llevando al uréter. (Proust y Maurer).

Para la hipogástrica izquierda (Fig. 62), es necesario decolar el mesocolon pelviano si es corto, lo que facilita las maniobras de liberación del uréter y de ligadura de la hipogástrica. Si es largo, entonces no es la hoja profunda de la fascia retrocólica la que se incinde sobre los vasos ilíacos, sino el peritoneo parietal como en el lado derecho.

Para las restantes arterias viscerales del abdomen, su hemostasia constituye uno de los tiempos esenciales de la extirpación de órganos y de tumores (hemostasia de los pedículos), y corresponde por entero a la técnica de estas operaciones viscerales.

Antes de concluir, queremos fijar bien la atención sobre un particular ya señalado al principio de este estudio de conjunto.

Las nuevas técnicas para descubrir los vasos profundos por amplias vías de acceso y que han motivado una verdadera revisión del capítulo clásico de las ligaduras arteriales, no son en síntesis más que la aplicación a la cirugía vascular de los principios fundamentales de toda buena técnica operatoria.

Como ya había escrito uno de los más admirados Maestros de la Cirugía contemporánea, el Profesor de Ginecología de la Facultad de París, J. L. Faure, por las amplias incisiones las operaciones se hacen más fáciles y más rápidas, más seguras y más completas. No precisa más tiempo para cicatrizar una in-

cisión de veinte centímetros que una de cinco, ni tampoco la frecuencia de las eventraciones en cirugía abdominal está en razón directa de la longitud de las incisiones.

“La primera condición necesaria para hacer bien y fácilmente una operación cualquiera, es la de ver bien. Campo y luz, he ahí los primeros auxiliares del cirujano.” (1)

Por las grandes incisiones con resección temporal de huesos y de músculos, no con secciones inútiles o que aumenten los riesgos operatorios sino con las que sean menester para asegurarnos de la hemostasia temporal a distancia, y obtener un campo operatorio exangüe, seco, exponiendo ampliamente, simultáneamente, los vasos profundos, todas las intervenciones vasculares pueden ejecutarse con seguridad: desde la frecuente ligadura *in situ* de los dos cabos vasculares hasta la sutura de sus paredes (arteriorrafia lateral o término-terminal según la técnica de Carrel), en los casos de heridas; desde el tratamiento de los aneurismas por la extirpación (aneurismectomía o método de Purmann), hasta su obliteración por sutura intrasacular, conservando la luz del segmento arterial correspondiente si el aneurisma es sacciforme, u obliterando la arteria si el aneurisma es fusiforme, (endoaneurismorrafia de R. Matas); desde la arteriotomía seguida de arteriorrafia para extraer el coágulo en la trombosis arterial (inaugurada por Saba-

(1) J. L. FAURE. Leçons de clinique et de technique chirurgicales, pág. 19, París, 1905.



FIG. 62.—Ligadura de la hipogástrica izquierda. (*Proust y Maurer*).

neieff en la embolia de la arterial femoral y por Trendelenburg en la embolia pulmonar), hasta las anastómosis arterio-venosas ejecutadas por primera vez por San Martín y Satrústegui como tratamiento de la gangrena senil y las resecciones de segmentos arteriales seguidas de la interposición entre los dos cabos, de un segmento venoso (Goyanes), de un tubo de cristal temporalmente aplicado (Tuffier), o de injertos vasculares (Carrel).

OTROS TRABAJOS ORIGINALES DEL AUTOR

ANATOMIA

- LAS ANOMALÍAS MUSCULARES EN EL PLIEGUE DEL CODO, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA LIGADURA DE LA ARTERIA HUMERAL, (con 3 grabados). *Revista de Ciencias Médicas*, núm. 9, 1896.
- MÚSCULO CUADRIGÉMINO DE LA CABEZA, (con 1 grabado). *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 127, 1896.
- TOPOGRAFÍA CARDIO-TORÁCICA, (con 3 grabados). *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 133, 1898.
- NOTA ACERCA DEL NÚMERO E INSERCIONES DE LOS MÚSCULOS ESCALENOS. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 88, 1898.
- LA CONSERVACIÓN DE LOS CADÁVERES POR MEDIO DEL FORMOL; estudio de Técnica anatómica. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, 1900, y *Los Nuevos Remedios*, de Madrid, 1900.
- LA SITUACIÓN TOPOGRÁFICA DEL APÉNDICE CECAL. Comunicación al 3^{er} Congreso Médico Pan-Americano. (Sección de Anatomía). *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, 1901. *Independencia Médica*, de Barcelona, 1901. *Revista de Ciencias Médicas de Palma*, 1901. *Semana Médica*, de Buenos Aires, 1901.
- APLICACIÓN DEL FORMOL A LA TÉCNICA ANATÓMICA. Comunicación al 3^{er} Congreso Médico Pan-Americano. (Sección de Anatomía). *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, 1901, *Revista de Med. y Cir. prácticas de Lisboa*, 1901. *Crónica de Higiene y Medicina Tropical*, de Puerto Rico, 1901.
- LA DISPOSICIÓN PLEXIFORME VENOSA EN LOS ÓRGANOS DE PREHENSIÓN Y DE SUSTENTACIÓN, (con 3 grabados). Academia de Ciencias de la Habana, Mayo 19 de 1906.

INVESTIGACIONES SOBRE LA TERMINACIÓN DE LAS ARTERIAS DEL RIÑÓN, 1^{er} Congreso Médico Nacional, 1905, y *Revista de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 151, 1906.

CLINICA

DE LA MUERTE SÚBITA EN LA FIEBRE TIFOIDEA, (con 3 grabados). *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 21, 1896, y *Rev. de Med. y prácticas*, de Madrid, 1896.

ORQUITIS TIFOIDEA PRIMITIVA. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 73, 1896.

ADENO-LINFOCELE CRURAL FILARIÓSICO. *Archivos de la Soc. de Estudios Clínicos*, T. VIII, pág. 474.

ABSCESO CEREBRAL DE ORIGEN ÓTICO. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 20, 1897, y *Archivos Latinos de Laringología Rinología y Otología*, de Barcelona, 1897.

SARCOCELE TUBERCULOSO: CASTRACIÓN. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 42, 1897, y *Revista de Med. y Cir. prácticas*, de Madrid, 1897.

TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS EXTERNOS. Tesis de Doctorado, 1898.

SÍFILIS TERCIARIA DEL HÍGADO. Trabajo de ingreso en la Soc. de Est. Clínicos. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 20, 1898, y *Revista de Med. y Cir. prácticas*, de Madrid, 1898.

OSTEOMA COMPACTO DE LA REGIÓN TEMPORAL DEL CRÁNEO, (con 1 grabado). *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 255, 1899. *Independencia Médica*, de Barcelona, 1899.

UN CASO DE COMA DIABÉTICO CURADO POR EL LAVADO DE LA SANGRE. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 333, 1899.

DE LA RESECCIÓN DEL EPIPLOON Y DEL APÉNDICE EN LAS LAPAROTOMÍAS POR APENDICITIS CRÓNICA Y POR ANEXITIS (con una lámina). *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, 1900. *Independence Médicale*, de París, 1901. *Medical Press and Circular*, Dublin, 1901.

DE LA ANALGESIA QUIRÚGICA POR INYECCIÓN SUB-ARACNOIDEA LUMBAR DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 2, 1901. *Independencia Médica*, de Barce-

- lona, 1901. *Revue d'Andrologie et de Gynecologie*, París, 1901. *Tribuna Médica*, de Milán, 1901.
- DE LA COLECISTECTOMÍA EN LAS FORMAS LATENTES DE LA LITIASIS BILIAR. 3^{er} Congreso Médico Pan-Americano. (Sección de Ginecología y de Cirugía abdominal), *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, 1901. *Progreso Médico*, de la Habana, 1901.
- UNA MODIFICACIÓN A LA TÉCNICA DE LA RAQUI-COCAINIZACIÓN. Comunicación a la Soc. de Est. Clínicos, noviembre, 1901. *Archivos*, T. XI, pág. 188.
- LAPAROTOMÍA POR SALPINGO-OVARITIS TUBERCULOSA. Comunicación a la Soc. de Est. Clínicos, noviembre, 1901.
- CIRUGÍA DE LAS VÍAS BILIARES: DOS COLECISTECTOMÍAS POR COLECISTITIS CALCULOSA. Presentación de las operadas a la Academia de Ciencias, diciembre 6, 1901. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 496, 1902. *The Philadelphia Med. Journal*, Filadelfia. *New York Med. Journal*, New York, 1902. *Crónica de Higiene y Med. Tropical*, de Puerto Rico, 1902.
- NUEVAS OBSERVACIONES DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN CASOS DE LITIASIS BILIAR. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, agosto 25, 1903. *Revista Sud-Americana de Ciencias Médicas*, Buenos Aires, 1903.
- INDICACIONES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LA LITIASIS BILIAR. Conferencia pronunciada en el Hospital Número Uno. *Boletín Clínico del Hospital Número Uno*, enero de 1903.
- A PROPÓSITO DE LA ANALGESIA INTRARRAQUÍDEA CON MOTIVO DE UNA OPERACIÓN DE CURA RADICAL DE HERNIA INGUINAL. *Boletín Clínico del Hospital Número Uno*, marzo de 1903.
- OPERACIÓN DE HALSTED POR FIBRO-SARCOMA DE LA MAMA EN UN HOMBRE. *Boletín Clínico del Hospital Número Uno*, abril de 1903.
- OBSTRUCCIÓN DEL COLÉDOCO POR TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS. *Boletín Clínico del Hospital Número Uno*, junio de 1903.
- ESTUDIO CLÍNICO DE LA RECIDIVA DE LA HERNIA INGUINAL. Conferencia pronunciada en el Hospital Número Uno. *Boletín Clínico*, pág. 393, 1903. *Revista de la Asociación Méd. Farmacéutica*, Habana, 1903.

- RESULTADOS DE UNA OPERACIÓN DE RIZZOLI-ESMARCH POR ANQUILOSIS CICATRICIAL DE LA MANDÍBULA. (Con 1 grabado). *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, septiembre 10 de 1903. *The New York Med. Journal*, New York. *American Medicine*, Filadelfia, 1903. *Revista Sud-Americana de Ciencias Médicas*, Buenos Aires, 1904.
- CÁNCER DEL ÚTERO. DOBLE SALPINGITIS QUÍSTICA. LIGADURA PRELIMINAR DE LAS ILÍACAS INTERNAS. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, septiembre 25, 1904. *American Medicine*, de Filadelfia, 1904.
- EMBARAZO EXTRA-UTERINO. RUPTURA TUBARIA E INUNDACIÓN PERITONEAL. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, noviembre 25, 1904. *American Medicine*, Filadelfia, 1904.
- TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA POR LAS INYECCIONES DE GELATINA. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, septiembre 10, 1904.
- APENDICITIS AGUDA EN TUBERCULOSOS. Comunicación a la Sociedad de Estudios Clínicos y *Archivos*, T. XII, pág. 628, 1904.
- EMASCULACIÓN TOTAL POR CÁNCER DEL PENE, (con 1 grabado). *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, octubre 25, 1905. *Progreso Médico*, de Barcelona, 1905.
- LA LÁPAROHISTERECTOMÍA TOTAL PRECEDIDA DE LA LIGADURA DE LAS ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL ÚTERO. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 23, 1905.
- TRES LAPAROTOMÍAS SUCEсивAS EN UN CASO DE PERITONITIS TUBERCULOSA. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 365, 1905.
- NUEVO CONCEPTO DEL SÍNDROME CÓLICOS HEPÁTICOS Y SUS DEDUCCIONES QUIRÚRGICAS. 1^{er} Congreso Médico Nacional, 1905. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 35, 1905. *Gaceta Médica*, de Costa Rica, 1906.
- GASTRO-ENTEROSTOMÍA POSTERIOR TRANS-MESO-CÓLICA POR ÚLCERA DEL ESTÓMAGO. Comunicación y presentación de operados a la Academia de Ciencias Médicas. *Anales de la Academia*, T. XLIV, 1907.
- CIRUGÍA DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES. Casos Clínicos.

Rev. de Med. y Cir. de la Habana, pág. 461, 1907. *Progreso Médico*, de Barcelona, 1907.

NOTAS CLÍNICAS. ANGIO-COLECISTITIS CALCULOSA: COLECISTECTOMÍA Y DRENAJE DEL CONDUCTO HEPÁTICO. NEOPLASMA DEL PÍLORO: GASTRO-YEYUNOSTOMÍA. ANO CONTRA-NATURA DE LA REGIÓN HIPOGÁSTRICA: ENTERORRAFÍA. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 31, 1907.

BOCIOS PARENQUIMATOSOS Y QUÍSTICOS. Comunicación y presentación de casos a la Academia de Ciencias Médicas de la Habana, 1908.

PAROTIDITIS POST-OPERATORIAS. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 379, 1908. *The Journal of the American Med. Assoc.* 1908.

ANEURISMA ARTERIO-VENOSO POPLÍTEO. EXTIRPACIÓN DEL SACO. LIGADURA SIMULTÁNEA DE LA ARTERIA Y VENA POPLÍTEAS. CURACIÓN. *Rev. de Med. y Cr. de la Habana*, pág. 406. 1908.

PERFORACIÓN DEL ESTÓMAGO POR ÚLCERA GÁSTRICA. LAPAROTOMÍA, ETC., CURACIÓN. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 511. 1908.

LA INDICACIÓN OPERATORIA EN LA ÚLCERA GÁSTRICA. Trabajo de recepción como Académico de Número. Academia de Ciencias Médicas, febrero 12 de 1909. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 174, 1909.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN UN CASO DE CAVERNA POR GÁNGRENA DEL PULMÓN. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, página 518, 1909.

DIVERTÍCULO DE MECKEL Y APENDICITIS. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 614, 1911.

NEFRECTOMÍA Y MATRIMONIO. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 631, 1913.

GENU-VARUM, GENU-VALGUM y GENU-RECURVATUM. Comunicación y presentación de casos operados a la Sociedad de Estudios Clínicos, 1914.

ABSCESO HEPÁTICO AMÉBICO ABIERTO EN LOS BRONQUIOS, TRATADO POR LA OPERACIÓN Y LAS INYECCIONES DE EMETINA. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 493, 1914. *Crónica Médica*, de Valencia, 1914.

INUNDACIÓN PERITONEAL POR ABORTO TUBARIO. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 471, 1915.

CONSIDERACIONES SOBRE 130 LAPAROTOMÍAS REALIZADAS DURANTE EL AÑO DE 1916. Comunicación a la Sociedad de Estudios Clínicos, diciembre 28 de 1916.

ABSCESO HEPÁTICO Y EMETINA, ACERCA DEL PODER PREVENTIVO Y DE LA TOXICIDAD DE ESTA ÚLTIMA. *Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, pág. 183, 1917.

OSTEO-SÍNTESIS. Comunicación y presentación de casos operados a la Sociedad de Estudios Clínicos, Marzo 22 de 1917.

CALCULOSIS MÚLTIPLE DEL RIÑÓN. NEFRECTOMÍA. CURIOSA EMI-GRACIÓN DE UN CÁLCULO RENAL. Presentación de casos a la Sociedad de Estudios Clínicos. *Archivos de la Sociedad*, T. XXIV, pág. 95, 1917.

CONSIDERACIONES SOBRE 125 LAPAROTOMÍAS REALIZADAS DURANTE EL AÑO DG 1917. Sociedad de Estudios Clínicos, febrero 14 de 1918.

CONSIDERACIONES SOBRE 122 LAPAROTOMÍAS, REALIZADAS DURANTE EL AÑO DE 1918. Sociedad de Estudios Clínicos, febrero 27, de 1919.

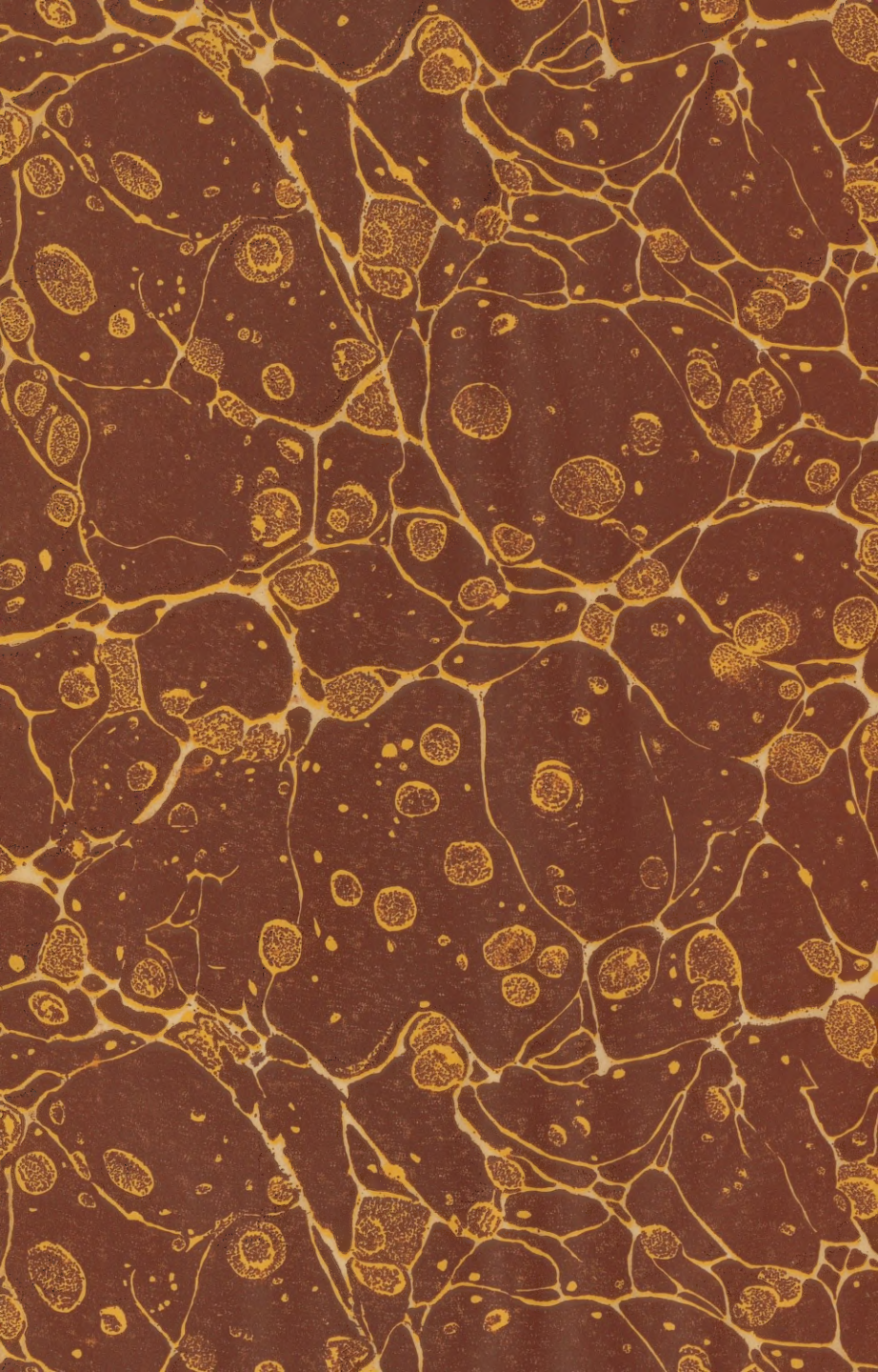
CONSIDERACIONES SOBRE 132 LAPAROTOMÍAS REALIZADAS DURANTE EL AÑO DE 1919. Sociedad de Estudios Clínicos, Marzo de 1920.

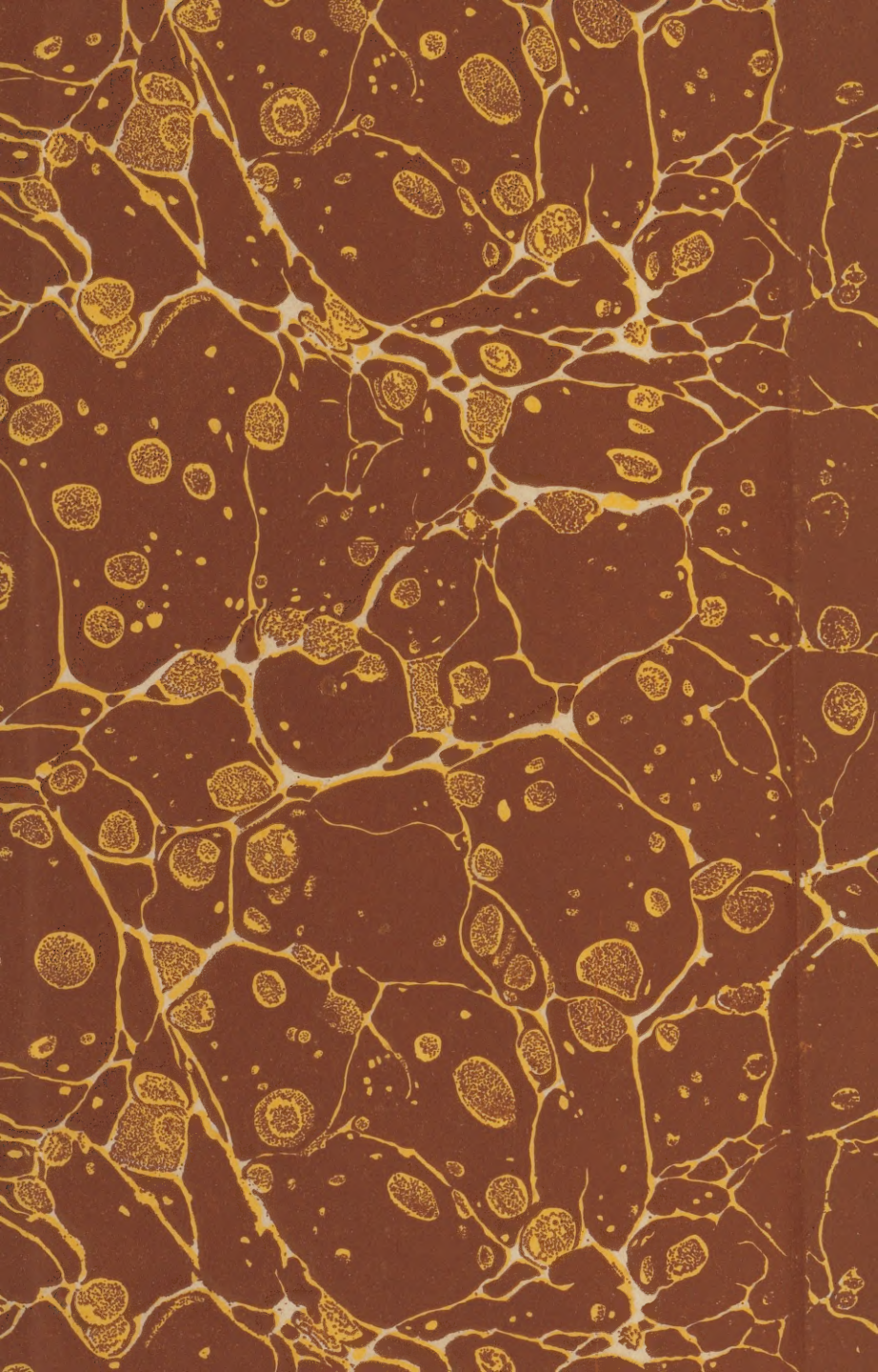
Los trabajos publicados en este volumen, corresponden a los años de 1915, 16, 17, 18 y 19. No se incluyen en la anterior bibliografía.

(La Perforación aguda de la úlcera gástrica, y Cálculo del uréter pelviano derecho extraído por uretero-litotomía seguida de pielotomía por cálculo del riñón izquierdo, aparecieron también en los *Archivos de Medicina Interna* y en la *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, de la Habana, respectivamente).

Tampoco se incluyen los discursos, alocuciones e informes del Autor, en los Congresos Médicos, Academia de Ciencias Médicas y Sociedad de Estudios Clínicos, y que serán reunidos próximamente en un volumen.

Además, extractos y traducciones de trabajos científicos extranjeros, análisis y juicios de obras, etc., etc., en la *Revista de Med. y Cir. de la Habana*, desde 1896, hasta la fecha, 1919. Veinte y cuatro tomos.





W0 500 P934c 1920

46631370R



NLM 05239032 1

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE